



**FUNDAÇÃO BISSAYA BARRETO**



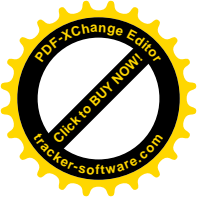
**O APOIO SOCIAL E AS ESTRATÉGIAS DE COPING  
NA QUALIDADE DE VIDA DO INSUFICIENTE  
RENAL CRÓNICO IDOSO**

**MANUELA FERREIRA DO ESPÍRITO SANTO**

*Dissertação orientada pela  
Prof. Doutora Maria de Lourdes Vasconcelos  
para a obtenção do grau de Mestre  
em Gerontologia Social*

**Outubro de 2007**

**COIMBRA**



**Gostaria de fazer um agradecimento muito especial a algumas pessoas:**

À Professora Doutora Maria de Lurdes Venâncio Vasconcelos pelo incentivo e pela valiosa  
orientação;

Ao Dr. José de Barros, Director do Centro de Reabilitação do Centro de Reabilitação de  
Paralisia Cerebral de Coimbra, pela disponibilidade que me concedeu para realizar este  
trabalho;

Ao Director Clínico da Sanfil Dr. Henrique Gomes que amavelmente me concedeu  
autorização para constituir a amostra do meu trabalho;

Ao Dr. Rui Santos pelo apoio e colaboração sempre presentes;

Ao Dr. Carlos Carona pela sua preciosa ajuda e pela motivação;

À Delfina pela colaboração prestada e disponibilidade;

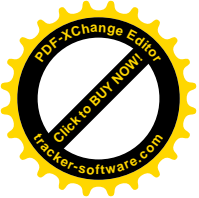
Ao grupo de idosos insuficientes renais crónicos, que amavelmente constituiu a amostra;



**Dedico este trabalho:**

Aos meus pais

Ao Eduardo e ao Gonçálinho



## RESUMO

Este estudo teve como objectivo explorar e analisar a correlação existente entre a qualidade de vida; apoio social e estratégias de *coping* e a relação entre algumas variáveis. Foram aplicados vários instrumentos: um Questionário de Dados Sócio Demográficos; as escalas de Apoio Social de Matos e Ferreira(2000); *Toulousana de Coping*(2005) e a escala de Qualidade de Vida adaptada da versão original SF-36( Ferreira2000), a uma amostra de 60 doentes de um centro de hemodiálise de Coimbra, com idades compreendidas entre os 65-95 anos.

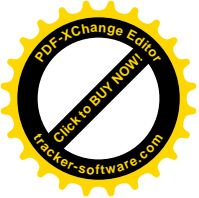
Os resultados demonstraram a existência de correlação positiva entre a qualidade de vida; o apoio social e as estratégias de *coping*.

Nesta pesquisa os resultados da percepção dos níveis de apoio social e de estratégias de *coping* foram significativos em idosos casados ou em união de facto, nomeadamente nos que fazem hemodiálise há mais de 2 anos.

Observou-se ainda valores significativos nos níveis de *coping* no grupo com escolaridade e no grupo de idosos doentes renais crónicos que se encontram em lista para transplante.

A concretização do estudo permitiu um reconhecimento da qualidade de vida em idosos hemodialisados que se relaciona com as variáveis apoio social e estratégias de *coping*.

**Palavras-chave:** Apoio Social; Qualidade de Vida; *Coping*; Doença Crónica; Insuficiência Renal Crónica



## ABSTRACT

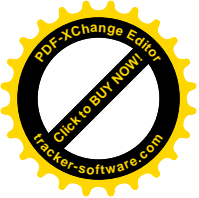
This study was aimed at the clarification and analysis of the relationship between quality of life, social support and coping strategies and some other clinical and sociodemographic variables.

The research protocol was administered to a sample of 60 patients, aged between 65 and 95 years, submitted to haemodialysis at a private medical centre in Coimbra, and included the following instruments: sociodemographic datasheet; Social Support Scale (Matos e Ferreira, 2000); Toulouse Coping Scale (2005) and a quality of life questionnaire adapted from the original version of the SF-36 (Ferreira, 2000).

Results indicate a strong association between quality of life, social support and coping strategies, among these patients. Furthermore, it was observed that social support and coping strategies were particularly important for the elderly who were married or living in civil union, namely those who were submitted to haemodialysis treatment for more than two years. It was also observed significantly higher values of coping among the subjects with previous academic attendance and those who were included in a temporary waiting list for receiving transplant.

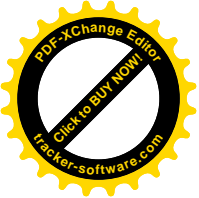
This study is an important contribution towards a better acknowledgement of the importance of the concept of quality of life in this clinical population, as well as its association with the social support and coping variables.

**Key-word:** social support; quality of life; coping; chronic illness; chronic renal insufficiency.



## **INDICE**

Resumo.....	4
<i>Abstract</i> .....	5
Introdução .....	13
 I PARTE – ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	15
 CAPITULO I- ENVELHECIMENTO .....	16
1- Envelhecimento Demográfico .....	16
2- Factores do Envelhecimento .....	18
3- Dimensão Bio-Psico-Social do Envelhecimento.....	19
4- Características do Idoso.....	21
5- Apoio Social no Idoso .....	23
6- Qualidade de Vida no Idoso .....	24
7- Repercussões do Envelhecimento Populacional .....	26
 CAPITULO II- APOIO SOCIAL.....	28
1-Conceito de Apoio Social.....	28
2-Perspectivas teóricas: Influência do Apoio Social na Saúde.....	31
2.1- Apoio Social e aspectos de saúde.....	31
2.2-Apoio Social e aspectos relacionados com doença .....	34
2.3-Apoio Social e aspectos desenvolvimentais .....	35
3-Apoio Social e <i>Coping</i> .....	38
4- Tipos de Apoio Social .....	39
5- Redes Sociais de Apoio .....	42
5.1- Redes Sociais de Apoio dos idosos .....	45
 CAPITULO III- MECANISMOS DE <i>COPING</i> .....	50
1-Conceito/ Definição de <i>Coping</i> .....	50
2-Stress.....	52
2.1- Estratégias de <i>Coping</i> .....	54
3-O <i>coping</i> e a religião.....	57
4-Estratégias de <i>coping</i> na terceira idade.....	59
 CAPITULO IV- SAÚDE, DOENÇA E QUALIDADE DE VIDA.....	60
1-Conceito de saúde .....	60
2-Conceito de doença.....	62
3-Qualidade de vida .....	65



3.1-Qualidade de vida relacionada com a saúde .....	68
3.2-Avaliação da qualidade de vida .....	69
3.3-Qualidade de vida e doença crónica em idosos .....	71
3.4-Qualidade de vida e Insuficiência Renal Crónica .....	73

## CAPITULO V- MODELOS DE ADAPTAÇÃO À DOENÇA CRÓNICA/INSUFICIÊNCIA RENAL CRÓNICA .....

76

1- Doença crónica .....	76
1.1-Adaptação à doença crónica .....	77
1.1.2-Modelo Integrador de Pless e Pinkerton (1975) .....	80
1.1.3-Modelo de crise de vida de Moos e Tsu (1977) .....	82
1.1.4-Modelo de Ajustamento e Resposta Adaptativa da Família de Mccbbin e Patterson (1983) .....	84
1.1.5- Teoria da crise de Moos e Shaefer (1984) .....	86
1.1.6-Modelo de Stress e <i>Coping</i> de Lazarus e Folkman (1984) .....	87
1.1.7- Modelo Integrador de Wallander et. al. (1989) .....	90
1.1.8- Modelo Transaccional de <i>Stress</i> e <i>Coping</i> ( Thompson et.al. (1994) ..	92
2- Insuficiência Renal .....	92
2.1- Métodos e tratamento .....	93
2.1.1-Diálise peritoneal .....	95
2.1.2-Hemodiálise .....	96
2.2- Adaptação à insuficiência Renal.....	97

## II PARTE- ESTUDO EMPÍRICO .....

99

1-Objectivos e conceptualização do estudo .....	100
2- Metodologia.....	101
2.1- Amostra .....	101
2.2- Procedimento .....	101
2.3- Instrumentos utilizados.....	101
2.4- Escala de Apoio Social.....	102
2.5- Escala Toulousana de <i>Coping</i> .....	102
2.6- Escala de Qualidade de Vida .....	104
3- Apresentação e análise de resultados .....	106
3.1- Caracterização geral da amostra .....	106
3.2- Escala de Apoio Social (EAS).....	107
3.2.1-Análise de algumas propriedades psicométricas da EAS na amostra .....	107
3.2.2-Análise das diferenças de Apoio Social segundo as variáveis sócio-demográficas e clínicas .....	109
3.3- Escala Toulousana de <i>Coping</i> (ETC) .....	116



3.3.1- Análise de algumas propriedades psicométricas da ETC na amostra .....	116
3.3.2-Análise das diferenças de <i>Coping</i> segundo as variáveis sócio-demográficas e clínicas .....	117
3.4- Escala da Qualidade de Vida .....	126
3.4.1- Análise de algumas propriedades psicométricas na amostra.....	126
3.4.2-Análise das diferenças de Qualidade de Vida segundo as variáveis sócio-demográficas e clínicas .....	127
 4- Correlação entre escalas de Apoio Social, <i>Coping</i> e Qualidade de Vida e respectivos factores.....	 134
 4.1-Correlação entre pontuações globais de Apoio Social, <i>Coping</i> e Qualidade de Vida segundo o Género .....	 138
4.2- Correlação entre pontuações globais de Apoio Social, <i>Coping</i> e Qualidade de Vida segundo o Idade .....	139
4.3- Correlação entre pontuações globais de Apoio Social, <i>Coping</i> e Qualidade de Vida por “Tempo de Hemodiálise” .....	140
 5- Discussão .....	 141
 6- Conclusão .....	 148
 7- Bibliografia.....	 151
 Anexo 1 – Questionário .....	 164





## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1-Modelo Integrador de Pless e Pinkerton (1975).....	81
Figura 2-Modelo de Ajustamento e Resposta Adaptativa da Família de McCubbin e Petterson (1983) .....	85
Figura 3-Modelo de <i>Stress</i> e <i>Coping</i> de Lazarus e Folkman (1984) .....	89
Figura 4-Modelo Integrador de Wallander et al (1989).....	91
Figura 5-Correlações entre escalas e respectivos factores .....	136



## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Evolução do índice de envelhecimento 1960-2001 .....	17
Tabela 2-Índice de envelhecimento por regiões- NUTS II.....	17
Tabela 3-Caracterização geral da amostra .....	107
Tabela 4-Factores e itens da escala de apoio social.....	108
Tabela 5- Análise da consistência interna da EAS-Alfas de <i>cronbach</i> .....	109
Tabela 6- Média e desvio padrão dos dois factores e do Apoio Social Diferencial .....	109
Tabela 7-Apoio Social Diferencial segundo o estado civil.....	110
Tabela 8 –Factores e Apoio Social Diferencial segundo a zona de residência.....	110
Tabela 9- Comparação das variáveis idade e zona de residência .....	110
Tabela 10-Apoio Social Diferencial segundo as infra-estruturas .....	111
Tabela 11- Factores e itens da escala de <i>Coping</i> .....	116
Tabela 12- Análise da consistência interna da ETC- Alfas de <i>Cronbach</i> .....	117
Tabela 13-Média e desvio padrão dos factores da escala e do <i>Score</i> Global de <i>Coping</i> .....	117
Tabela 14-Factores e <i>Score</i> Global de <i>Coping</i> quanto ao género.....	118
Tabela 15-Factores e <i>Score</i> Global de <i>Coping</i> nos dois grupos de idades(“65-73 anos”versus”74-95”anos) .....	118
Tabela 16-Factor Suporte Social e Distracção e <i>Score</i> Global de <i>Coping</i> em função do estado civil .....	119
Tabela 17 –Média de <i>Score</i> Global de <i>Coping</i> em função das habilitações literárias .....	120
Tabela 18-Factor 2 e <i>Score</i> Global de <i>Coping</i> em função do subsídio de assistência à 3ª pessoa.....	121
Tabela 19- Factores e <i>Score</i> Global de <i>Coping</i> de acordo com lista de transplante.....	121
Tabela 20-Médias do Controle e Recusa segundo o género em indivíduos cujo tempo de hemodiálise é inferior a 2 anos .....	125
Tabela 21-Médias ETC Global segundo o género em indivíduos cujo tempo de hemodiálise é superior a 2 anos .....	125
Tabela 22-Factores e itens da escala de Qualidade de Vida.....	126
Tabela 23-Análise da consistência interna da escala de Qualidade de Vida-Alfas de <i>Cronbach</i> .....	127

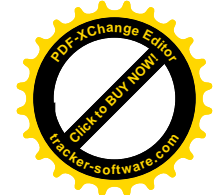
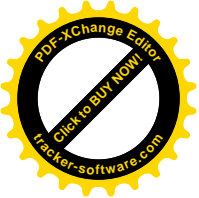


Tabela 24- Média e desvio padrão dos dois factores e da Qualidade de Vida Diferencial .....	127
Tabela 25-Factores e Qualidade de Vida Diferencial segundo o género.....	128
Tabela 26-Factores e Qualidade de Vida Diferencial segundo a idade .....	128
Tabela 27-Factores e Qualidade de Vida Diferencial segundo a escolaridade.....	129
Tabela 28-Factores e Qualidade de Vida Diferencial segundo o subsídio de assistência a 3ª pessoa .....	129
Tabela 29-Factores e Qualidade de Vida Diferencial segundo o tipo de habitação .....	130
Tabela 30-Factores e Qualidade de Vida Diferencial segundo a lista para transplante renal .....	130
Tabela 31-Coefficientes de correlação entre escalas e respectivos factores .....	134
Tabela 32-Coefficientes de correlação entre escalas e género masculino .....	135
Tabela 33-Coefficientes de correlação entre escalas e género feminino .....	138
Tabela 34-Coefficientes de correlação entre escalas e os indivíduos da faixa etária dos 65-73 anos .....	138
Tabela 35-Coefficientes de correlação entre escalas e os indivíduos da faixa etária dos 74-95 anos .....	139
Tabela 36-Coefficientes de correlação entre escalas e tempo de hemodiálise menor ou igual que 2 anos .....	139
Tabela 37-Coefficientes de correlação entre escalas e tempo de hemodiálise superior a 2 anos .....	140
Tabela 38-Correlações entre escalas e respectivos factores .....	140



## INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Médias do Apoio Social Diferencial por estado civil em função do tempo de hemodiálise .....	112
Gráfico 2- -Médias do Apoio Social Diferencial na zona de residência em função do tempo de hemodiálise .....	113
Gráfico 3-Médias do Apoio Social Diferencial por estado civil em função do tempo de hemodiálise .....	114
Gráfico 4-Médias do factor Apoio Emocional e Informativo em função do tempo de hemodiálise .....	115
Gráfico 5-Médias do factor Dificuldade de Apoio Instrumental em função do tempo de hemodiálise .....	115
Gráfico 6- Estado civil e tempo de hemodiálise .....	120
Gráfico 7-Médias e <i>Score</i> Global de <i>Coping</i> em função do tempo de hemodiálise .....	122
Gráfico 8-Médias do factor Controle e Recusa em função do tempo de hemodiálise .....	123
Gráfico 9-Médias do factor Suporte Social e Distracção por tempo de hemodiálise .....	123
Gráfico 10-Médias do factor Retraimento por tempo de hemodiálise .....	124
Gráfico 11-Médias do <i>Score</i> Global de <i>Coping</i> em função do tempo de hemodiálise .....	124
Gráfico 12-Média da Qualidade de Vida Diferencial em função do tempo de hemodiálise .....	131
Gráfico 13-Média do factor Depressividade e cansaço em função do tempo de hemodiálise .....	132
Gráfico 14-Média do factor Capacidades em função do tempo de hemodiálise .....	132
Gráfico 15-Média do factor Depressividade e Cansaço quanto ao género em função do tempo de hemodiálise .....	133



## INTRODUÇÃO

A qualidade de vida é um conceito multidimensional e dinâmico que emerge da interacção dos factores bio-psico-sociais tendo em conta a evolução dos conceitos de saúde e doença numa perspectiva holística e sistémica (Amorim e Coelho, 1999).

Para orientação do presente estudo definimos os seguintes objectivos:

- Analisar a relação entre os níveis de apoio social e os indicadores de qualidade de vida;
- Analisar a relação entre as estratégias de *coping* e os indicadores de qualidade de vida;
- Identificar as diferenças existentes ao nível do apoio social, das estratégias de *coping* e da qualidade de vida entre grupos definidos pela categorização das variáveis sócio-demográficas e clínicas.

Valorizou-se assim as dimensões de estratégias de *coping* e apoio social como contributos na qualidade de vida dos idosos/doentes renais crónicos.

Para efectuar o estudo utilizámos:

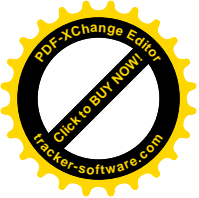
- Escala de Apoio Social (Matos e Ferreira, 2000);
- Escala de *Coping* (Escala Toulousana de Coping);
- Questionário de Qualidade de Vida (adaptado do questionário Short Form-36).

O trabalho é desenvolvido em duas partes e subdividido por capítulos:

**1ª Parte** – Nesta parte inclui-se a fundamentação teórica, que consiste numa revisão de bibliografia existente no âmbito do tema, de forma a adquirir conhecimentos actualizados, adequados às variáveis em estudo. Representa a pesquisa e reflexão sobre a evolução e definição dos conceitos no âmbito da qualidade de vida em idosos/doentes renais crónicos relacionado com o apoio social e estratégias de *coping*.

Assim, no capítulo I fazemos uma abordagem sobre o envelhecimento tendo em conta aspectos demográficos, factores, a dimensão bio-psico-social, as características do idoso, o apoio social e qualidade de vida na terceira idade, assim como as repercussões do envelhecimento populacional.

No capítulo II, abordamos o apoio social em termos de conceito, perspectivas teóricas, aspectos ligados com a doença assim como ao *coping*, e os tipos e redes de apoio.



No capítulo III, apresentamos os mecanismos de *coping*, realçando o conceito, o *coping* e o *stress*, as estratégias de *coping*, o *coping* e a religião, e por fim o *coping* na terceira idade.

No capítulo IV, expomos o conceito de qualidade de vida, saúde e doença, a sua avaliação, a doença crónica, e insuficiência renal crónica.

No capítulo V, descrevemos a doença crónica, a adaptação a mesma e os métodos de tratamento.

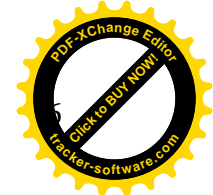
**2ª Parte** – Nesta parte apresentamos os objectivos e conceptualização do estudo, as questões de ordem metodológica, incluindo a amostra, o procedimento e escalas utilizadas. Seguidamente, apresentamos os resultados em quadros e alguns gráficos de forma a facilitar a interpretação e análise. E por fim, incluímos a discussão e as principais conclusões dos resultados obtidos.

Por último referenciamos toda a bibliografia consultada que serviu de suporte ao trabalho realizado e anexamos cópia dos instrumentos utilizados e dos documentos necessários e inerentes à pesquisa.



## **I PARTE**

# **ENQUADRAMENTO TEÓRICO**



## **CAPÍTULO I – ENVELHECIMENTO**

A Organização Mundial de Saúde (2002) definiu o envelhecimento activo como “o processo de optimização das oportunidades de saúde, participação e segurança para melhorar a qualidade de vida à medida que se envelhece... (que permita) que as pessoas desenvolvam o seu potencial de bem-estar físico, social e mental ao longo de toda a sua vida e participem conforme as suas necessidades, desejos e capacidades”.

### **1. Envelhecimento Demográfico**

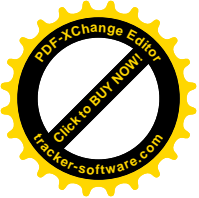
A população mundial está, a envelhecer consideravelmente, tanto nos países desenvolvidos como nos países em vias de desenvolvimento (Zimerman, 2000).

O envelhecimento demográfico resulta do aumento da população de pessoas com mais de 60 ou 65 anos de idade e da diminuição da proporção das pessoas com menos de 15 ou 19 anos de idade. Este processo é considerado irreversível ao longo dos próximos anos nos países industrializados (Fernandes, 1997).

Este fenómeno emergiu, a partir da segunda metade do séc. XX, nas sociedades industrializadas. Em 1982 em Viena, as Nações Unidas organizaram a primeira Assembleia Mundial em que o Envelhecimento Demográfico se apresentou como um fenómeno complexo, (cuja tendência era para o seu aumento colocando alguns desafios e possíveis alterações a nível funcional, para o qual as sociedades deveriam estar preparadas).

Em Portugal, entre 1960 e 2001, este fenómeno traduziu-se por um decréscimo de cerca de 36% na população jovem e um incremento de 140% da população idosa. A proporção da população idosa, que representava 8,0% do total da população em 1960, mais que duplicou, passando para 16,4% em 12 de Março de 2001. Em valores absolutos, a população idosa aumentou quase um milhão de indivíduos, passando de 708 570, em 1960, para 1 702 120, em 2001, dos quais 715 073 homens e 987 047 mulheres. (INE, 2002).





**Quadro I** – Evolução do índice de envelhecimento 1960-2001

Anos	Índice de envelhecimento
1960	27,3
1970	34,0
1981	44,9
1991	68,1
1999	91,6
2001	104

**Fonte:** <http://1993.136.190.9/bdados/sitsoc/0115htm>

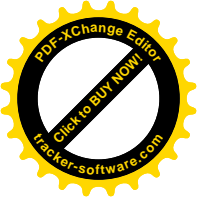
ROSA, Maria João Valente – O envelhecimento da população portuguesa. 1996, p. 10.

Em consequência das diferentes dinâmicas regionais, e à semelhança do que se verifica no Mundo, no território nacional a distribuição da população idosa não é homogénea. Numa repartição por NUTS II e tendo em conta os resultados provisórios dos Censos 2001, verificou-se que o Norte detinha a mais baixa percentagem no Continente. A maior importância relativa de idosos pertencia ao Alentejo, seguido do Algarve e do Centro, deixando transparecer uma faixa litoral bastante menos envelhecida. Às Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira pertenciam os menores níveis de envelhecimento do país, ou seja, as zonas geográficas com níveis de fecundidade mais elevados (INE, 2002)

**Quadro 2** – Índice de envelhecimento, por regiões – NUTS II

NUTS II	Anos	1990	1999
Norte		52	71
Centro		87	118
Lisboa e Vale do Tejo		73	100
Alentejo		111	154
Algarve		92	115,7

**Fonte:** Adapt. <http://infoline.ine.pt> (2007-05-03)

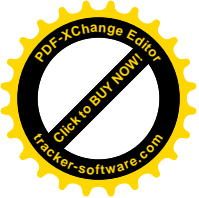


## 2. Factores de Envelhecimento

Verifica-se que a população portuguesa, do ponto de vista demográfico, se encontra num processo de envelhecimento caracterizado por um aumento progressivo do número de idosos com mais de 65 anos de idade e uma diminuição da população jovem. Esta situação deve-se a vários factores, dos quais se salientam:

- A diminuição da taxa de natalidade, em que as gerações deixam de ser substituídas numericamente, e o número de adultos e idosos aumenta no total. Este declínio da natalidade está associado a outros fenómenos, como a redução da nupcialidade, o casamento tardio, a emancipação da mulher e a sua maior participação no mercado de trabalho. É também importante referir o impacto dos métodos anticonceptivos e os encargos sociais acrescidos decorrentes de uma família numerosa, que também não deixa de ser um factor importante que condiciona a natalidade;
- As migrações e emigrações que fortemente deram o seu contributo para o aumento da população idosa;
- A diminuição da mortalidade que é um dos factores que contribui para o aumento da população idosa, verificando-se uma maior mortalidade no sexo masculino que no sexo feminino;
- O aumento da esperança média de vida, que resulta da melhoria das condições sociais, bem como dos progressos da medicina preventiva, curativa e de reabilitação. É cada vez mais fácil viver durante mais tempo, mesmo que para tal se tenha que viver dependente de máquinas, como é o caso de alguns doentes portadores de doenças crónicas;
- A melhoria das condições de vida *versus* qualidade de vida revela também ser um factor importante para o aumento da população idosa.

Segundo Grácio (1999), a população idosa tem vindo a crescer, devendo-se este facto a vários factores, tais como baixa de natalidade e de mortalidade e ao aumento da esperança de vida.



### **3. Dimensão Bio-psico-social do Envelhecimento**

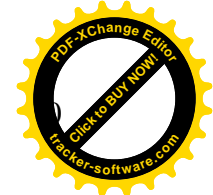
O envelhecimento representa a última fase de um processo dinâmico, em que a pessoa sofrerá algumas mudanças objectivas. Contudo, o significado dependerá muito da forma como cada um aprende a interpretá-las.

O envelhecimento faz-se sentir nas funções perceptivas, na memória, nas funções operatórias e nas funções psicomotoras. Este processo depende de três classes de factores principais: os biológicos, psíquicos e os sociais que podem preconizar a velhice, acelerando ou retardando o aparecimento e a instalação de doenças e de sintomas característicos da idade madura (Gonçalves; Freitas; Lessa; Marçal; Melo; Mendonça; Noronha; Pereira; Sholl-Franco; Souza; 2004).

Na opinião de Ramalho e Dias (2000), o envelhecimento gera uma certa deterioração bio-psico-social que geralmente está associado a doenças crónicas muitas vezes incapacitantes, tornando esta etapa da vida altamente vulnerável. Paralelamente, Barreto, 1994; Keller & Fleury, 2000; Hart, 1997, referidos por Rodrigues e Leal (2002), salientam que embora o envelhecimento não tenha como consequência inequívoca a deterioração do estado de saúde, a convivência com doenças crónicas é genérica para a maioria das pessoas idosas, sendo que algumas podem ser afectadas por duas ou mais condições simultaneamente.

O envelhecimento é um fenómeno biológico, psicológico e social que atinge o ser humano na plenitude da sua existência, modifica a sua relação com o tempo, o seu relacionamento com o mundo e com sua própria história.

Nessa mesma perspectiva, Schroots e Birren (1980, citado por Cordeiro, 1999) salientam o envelhecimento biológico resulta da vulnerabilidade crescente e de uma maior probabilidade de morrer, a que se denomina senescência; é manifestado pelas alterações estruturais e funcionais que ocorrem no organismo. O envelhecimento social é relativo aos papéis sociais apropriados às expectativas da sociedade para este nível etário, e psicológico é definido pela auto-regulação do indivíduo, pelo tomar de decisões e opções, adaptando-se ao processo de senescência e envelhecimento.



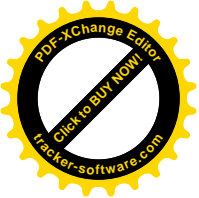
Por outro lado, Bize e Vallier (s.d.) referem que o envelhecimento mental deve-se à intervenção de quatro factores:

1. deterioração progressiva das faculdades e funções físicas;
2. declínio das faculdades e funções mentais;
3. transformação do meio familiar e da vida profissional;
4. reacções do indivíduo perante tais factores;

Os três primeiros factores exercem uma influência directa sobre o psiquismo, devido à deterioração ou às transformações sofridas, e por outro lado uma influência indirecta no comportamento. O último factor provoca reacções, tanto no plano das actividades expressas como no plano da vida interior. Estes diferentes factores e os seus efeitos evoluem progressivamente, mas sob a forma de fases sucessivas.” (Bize e Vallier, s. d.)

O envelhecimento fisiológico compreende uma série de alterações nas funções orgânicas e mentais devido exclusivamente aos efeitos da idade avançada sobre o organismo, fazendo com que o mesmo perca a capacidade de manter o equilíbrio homeostático e que todas as funções fisiológicas gradualmente comecem a declinar (Straub *et al.*, 2001; Leite, 1990). Tais alterações têm por característica principal a diminuição progressiva da reserva funcional. Isto significa que um organismo envelhecido, em condições normais, poderá sobreviver adequadamente. Porém, quando submetido a situações de *stress* físico ou emocional, entre outros, pode apresentar dificuldades em manter a sua homeostase e, desta forma, manifestar sobrecarga funcional, que poderá culminar em processos patológicos, uma vez que há o comprometimento dos sistemas endócrino, nervoso e imunológico (Jacob *et al.*, 1994; Straub *et al.*, 2001).

As funções intelectuais também se alteram, como por exemplo: as dificuldades nos processos de aprendizagem e de memorização estão provavelmente relacionadas com as alterações químicas, neurológicas e circulatórias que afectam a função cerebral (Braver e Brach, 2002. In Pereira; Gonçalves; Freitas; Lessa; Marçal; Melo; Mendonça; Noronha; Pereira; Sholl-Franco; Souza; 2004).



A velhice constitui um período de *stress* físico e psíquico, sendo por isso muito frequente o aparecimento de problemas funcionais ou psicogénicos, derivados do próprio pensamento.

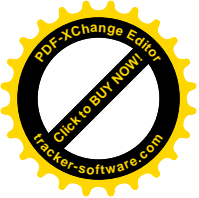
Uma fonte significativa de *stress* para a pessoa idosa é a confrontação de perdas sucessivas: morte/solidão, problemas de saúde e perda de controlo de tomada de decisão relacionados com assuntos como saúde, mobilidade, situação de vida, económicos, entre outros, que tem efeito no sistema de suporte social do indivíduo.

Por fim, Rodrigues e Leal (2002) defendem que, no contexto da saúde, a enorme heterogeneidade da população idosa assume grande pertinência já que a saúde de um indivíduo, independentemente da faixa etária a que pertença, é o resultado de uma complexa interacção entre factores biológicos, psicológicos e sociais. Estes autores acrescentam que, dessa forma, exige-se da intervenção dos profissionais de saúde uma abordagem holística que considere esta multiplicidade de factores contextuais num esforço contínuo para colmatar falhas existentes nos Sistemas de Saúde, nomeadamente a ausência de cuidados de saúde estruturados que permitam corresponder às solicitações e preocupações pelas pessoas idosas.

#### **4. Características do idoso**

O relacionamento do idoso com o mundo caracteriza-se pelas dificuldades adaptativas, tanto emocionais quanto fisiológicas: a sua performance ocupacional e social, o pragmatismo, a dificuldade para aceitação do novo, as alterações na escala de valores e a disposição geral para o relacionamento objectual. No relacionamento com a sua história, a pessoa pode atribuir novos significados a factos antigos e os tons mais maduros da sua afectividade passam a colorir a existência com novas matrizes: alegres ou tristes, culposas ou de mérito, frustrantes ou gratificantes, satisfatórias ou sofríveis (Ballone, 2000).

As características mais frequentes desta faixa etária são a crise de identidade provocada quer por ele próprio quer pela sociedade, a diminuição da auto-estima, as dificuldades de adaptação a novos papéis bem como a mudanças profundas e rápidas. A falta de motivação para planear o futuro, bem como as atitudes infantis ou infantilizadas como processo de mendigar carinhos, são também características importantes. A



diminuição das faculdades mentais, sobretudo da memória, problemas cognitivos, conativos, motivacionais, afectivos e personológicos faz também parte do grande leque de características da pessoa idosa (Richard e Mateev-Dirkx, 2004).

Convém contudo salientar que muitas das características atribuídas podem ser estereótipos sociais (Neto, 1992, 1999), que podemos também denominar de gerontofobia. Berger (1995) identifica sete estereótipos a este respeito: o idoso visto como uma pessoa doente, infeliz, improdutivo, necessitada de ajuda, conservadora, igual a todos os outros velhos, sofrendo de isolamento e de solidão.

Segundo Ballone (2000), a dinâmica psíquica do idoso é exuberante, rica e complicada.

Erik Erikson, um dos pioneiros nos estudos sobre o desenvolvimento humano com a formulação da Teoria do Desenvolvimento durante toda a vida, explicitava que o desenvolvimento se processa ao longo da vida e que o sentido da identidade de uma pessoa desenvolve-se através de uma série de estágios psicossociais (Bee & Mitchell, 1984). Esta teoria assenta em oito estádios, sendo o período de vida adulta (considerado após os 41 anos de idade) denominado de integridade do ego *versus* desespero, sendo que a Integridade do ego é caracterizada por factores intrínsecos à velhice como: dignidade, prudência, sabedoria prática e aceitação do modo de viver, e desespero. De acordo com Bee & Mitchell (1984), a teoria de Erikson colabora no sentido de oferecer sínteses sobre o desenvolvimento cognitivo e da personalidade, principalmente na vida adulta.

Por outro lado, Lidz (1983) aponta três fases no envelhecimento:

1. o idoso: não se observam grandes alterações psicossomáticas; inclui-se o sujeito, apesar da reforma mas sem invalidez;
2. senescência: já se verificam modificações significativas orgânicas e psicológicas;
3. senilidade: quando se torna quase totalmente dependente.

Miller (1994) considera o envelhecimento como um conjunto de modificações anatómicas, fisiológicas e psicológicas ligadas à acção dos tempos sobre os seres vivos.

Para Morin (1997), o ser humano tende a rejeitar a velhice, por esta ser a fase que mais se aproxima da morte.



## 5. Apoio Social no Idoso

Historicamente, diferentes países do mundo têm desenvolvido variadas formas de apoio e cuidados aos seus idosos dependentes, e em alguns países, o suporte oferecido é quase exclusivamente de responsabilidade estatal, noutras são predominantemente as famílias que desempenham todos os encargos. Em alguns países, ainda, as responsabilidades são divididas, em graduações variadas, entre o sector público e o privado, incluindo benefícios, políticas e serviços previdenciários, de organizações sindicais, de empresas para seus funcionários responsáveis por algum idoso dependente, de agências e unidades sanitárias estatais, assim como de organizações particulares de seguro-saúde, conforme o estudo comparativo entre onze países, de Lechner & Neal (1999).

No âmbito da acção social existem algumas respostas sociais para a população idosa, desde as mais tradicionais às mais modernas:

- Lares de idosos e para cidadãos dependentes, Centros de Dia, Centros de Convívio. Outras mais inovadoras, como o Apoio domiciliário, Acolhimento familiar, Colónias de férias, Termalismo, Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII) – publicado no Diário da República nº 166 da II Série, constante no Decreto-Lei nº 412/93, alínea c) nº 1 do Art.º 5º de 21 de Dezembro.
- As ajudas técnicas criadas pelo Despacho Conjunto 606/MSS/92 e regulamentado pelo Despacho n.º 5/SM/93 englobam auxiliares de tratamento e treino, ajudas para a mobilidade, para cuidados pessoais e de higiene, para comunicação, informação e sinalização, ajudas para o lazer, para cuidados domésticos, para mobiliário e adaptações para habitação e outros locais, para manuseamento de produtos e mercadorias e ainda ajudas para melhorar o ambiente (Secretariado Nacional de Reabilitação, 1990, referido por Grácio, 1999).

O objectivo destas medidas visa uma maior autonomização do idoso dependente, compensar a sua incapacidade ou limitação e permitir a sua integração social.



Quanto a institucionalização, Quintela (2001) defende que o idoso se esforça por se adaptar e sobreviver fora do seu ambiente o que revela ser uma tarefa exigente para o equilíbrio bio-psico-social de qualquer ser vivo, quanto mais para um ser fragilizado.

De facto, a sua institucionalização traz alguns riscos e traumas. Estar “entregue a um lar” significa muitas vezes, já não estar entregue a si próprio ou àqueles que ama, deixando de ser autor da sua vida e do seu destino. Contudo, em certos contextos, este pode ser um recurso importante para melhorar a sua qualidade de vida e o bem-estar dos idosos.

Segundo Rodrigues (1999), é fundamental conhecer a situação sócio-económica e habitacional do idoso e do seu agregado familiar, perceber os seus modos de vida, os seus hábitos ou sua cultura, avaliar o grau de solidariedade e a qualidade das relações interpessoais e familiares para permitir a definição de estratégias, e adoptar as técnicas de intervenção adequadas à situação.

A família é geralmente a primeira instituição que deve garantir o suporte social do idoso. Mas nem sempre a resposta está na família. Assim sendo, revela-se necessário criar uma rede informal de suporte social.

O discurso sobre as formas mais vantajosas de responder às necessidades dos idosos, tem sido dominado pelo apelo à desinstitucionalização, reforçando a importância da responsabilização e comprometimento dos agentes informais, para a continuidade dos elos relacionais e dos espaços de sociabilidade (Pimentel, 2000). A revitalização das solidariedades informais promove a articulação e complementaridade entre as redes de apoio formal e informal. A autora acrescenta que a implementação de medidas que possibilitem a permanência do idoso no seu meio, pretendem facilitar o quotidiano dos idosos e proporcionar um conjunto de serviços que retardem o recurso ao internamento em instituições. Estes serviços pressupõem a co-responsabilização de vários agentes formais e informais, dado que a sua filosofia de base apela à complementaridade e não à substituição.

## **6. Qualidade de vida no Idoso**

Segundo Imaginario (2004, p. 15), “o envelhecimento como fenómeno social é um dos desafios mais importantes do século XXI, conduzindo a reflexão sobre questões com relevância crescente como a idade da reforma, os meios de subsistência, a Qualidade de





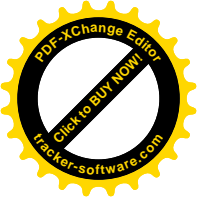
Vida dos idosos, o estatuto dos idosos na sociedade, a solidariedade intergeracional e a sustentabilidade dos sistemas de segurança social e saúde”. A autora acrescenta que sendo o envelhecimento da população uma aspiração natural de todas as sociedades, estando estas continuamente a desenvolver esforços para prolongar a vida humana, é de todo importante oferecer condições adequadas aos idosos para que estes possuam uma óptima qualidade de vida e de bem-estar.

Salienta ainda quatro factores que influenciam negativamente o processo de envelhecimento: “a negação de uma actividade remunerada; a condenação do idoso à passividade; a debilidade corporal; as doenças físicas, o ver-se limitado dos prazeres, e o sentir-se excluído das experiências agradáveis e das alegrias da vida e a consciencialização de estar próximo da morte”. Imaginário (2004, p. 46)

De facto, Berger (1995b, p. 190) refere que “o isolamento, a miséria, a inactividade e a desvalorização podem ser factores de *stress* importantes que comprometem o equilíbrio físico e psíquico por vezes frágil dos idosos. (...) As pessoas idosas bem integradas no meio são capazes de adoptar uma atitude psicossocial positiva, isto é, reconhecer que fizeram bem aquilo que tinham a fazer, e de encarar com serenidade a proximidade do fim”.

A qualidade de vida na velhice tem relação directa com a existência de condições ambientais que permitam aos idosos desempenhar comportamentos biológicos e psicológicos adaptativos.

Campos, citado por Amaral e Vicente (2000, in Imaginário, 2004), afirma que “é fundamental efectuar uma abordagem compreensiva e multidimensional dos problemas dos idosos, seguindo esta lógica requer não somente uma abordagem biomédica, mas sobretudo uma abordagem holística. Esta consiste na realização de uma avaliação exaustiva das esferas biológica, psicológica, cognitiva e sóciofamiliar dos idosos, uma vez que a autonomia é a componente fundamental do bem-estar do idoso e para esta concorrem todos os factores que promovem a saúde”. Estes múltiplos complexos e interrelacionados problemas requerem uma abordagem bio-psico-social, procurando determinados problemas que nos idosos constituem as causas mais frequentes de incapacidade.



## 7. Repercussões do Envelhecimento Populacional

Há sessenta anos, envelhecer era, na maioria dos casos, um mero problema psicológico, pessoal e familiar, hoje, é um problema social (Bize e Vallier, s.d.). Estes autores acrescentam que as pessoas de idade já não ocupam na nossa sociedade o mesmo lugar.

O facto de haver um acréscimo da população idosa levanta questões importantes nos planos médico, social, económico, psicológico.

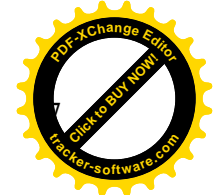
Segundo Zimmerman (2000), as consequências do envelhecimento demográfico são:

- A nível social: a convivência de várias gerações, famílias com um ou até mesmo vários idosos, e mais idosos a viver em instituições;
- A nível de saúde: a exigência de mais serviços de saúde, maiores gastos com a medicação e tratamento, maior ocupação de camas hospitalares e o aumento de transtornos mentais na população;
- A nível económico: um maior número de pensionistas, menos receitas para os cofres do Estado e mais lares de 3ª Idade.

A nível político o envelhecimento populacional também terá as suas consequências, nomeadamente, um maior peso de votação nos partidos mais conservadores.

Na maioria das vezes as pessoas idosas constituem um grupo desfavorecido da população em vários domínios:

- os rendimentos, que apesar de nos últimos anos se ter verificado uma melhoria, continuam aquém do desejável necessário para a satisfação de necessidades básicas;
- a saúde, que devido a vários condicionalismos se apresenta na sua maioria muito precária, associada a situações patológicas que limitam muitas vezes as suas capacidades funcionais, com repercussões ao nível da execução das actividades da vida diária, e por isso da sua independência;
- a habitação, revela ser, na maioria, inadequada e/ou degradada, existindo barreiras físicas e a ausência de infra-estruturas, que impedem as condições de bem-estar e independência.



Com o aumento da esperança média de vida, o indivíduo tem a probabilidade de viver durante mais anos e consequentemente alguns ficarão em estados terminais prolongados, o que pode desencadear problemas de natureza social, ética e moral, conduzindo-os, muitas das vezes, à institucionalização por longos períodos de tempo.

Esta situação vai exigir elevados gastos ao nível da saúde. Em Portugal, segundo o Instituto Nacional de Saúde (1993), as despesas canalizadas para este sector já eram o dobro das verificadas para outros grupos.

Ao nível da Segurança Social, as despesas são elevadas já que os custos decorrentes do aumento da população são cada vez maiores, verificando-se simultaneamente uma diminuição da relação entre activos/inactivos.



## **CAPÍTULO II – APOIO SOCIAL**

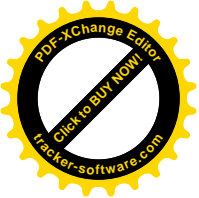
Segundo Ribeiro e Guterres (2002), só nos anos 70, em pleno movimento da desinstitucionalização e com o reconhecimento da importância dos sistemas de suporte comunitários, é que se formou a teoria propriamente dita do suporte social. Nesta conformidade, é importante distinguir as grandes contribuições de Cassel (1974) que tenta compreender a natureza e os efeitos protectores do suporte social de Caplan (1974), que clarificou a natureza do suporte social do grupo primário e a sua importância para o bem-estar dos indivíduos. A partir destes autores são iniciados estudos quanto aos efeitos sobre a saúde e o bem-estar de diversos tipos de relações, nos seus diferentes níveis de análise, desde a integração social até às relações íntimas, passando pelas redes sociais. Investigando-se, neste âmbito, tanto os aspectos estruturais como os funcionais.

As investigações, desde então, enfatizam alguns aspectos como a definição do apoio social, as suas principais dimensões, as suas funções, a forma como avaliá-las, os seus efeitos no bem-estar físico e psicológico e os potenciais mecanismos que ligam o apoio social à saúde.

De facto, Oliveira (2001) defende que houve um desenvolvimento de investigações que mostram claramente os contributos benéficos que o suporte social exerce no nível de saúde, bem-estar e qualidade de vida, não só porque parece melhorar a saúde em geral ou beneficiar uma redução dos índices de mortalidade (Rutter, 1993), mas também pela influência exercida na recuperação, reabilitação e adaptação à doença e incapacidade crónica (Gill, 1987; Morgan, 1984; Oliveira, 1998; Orr, 1995; Schulz, 1990).

### **1. Conceito de Apoio Social**

De acordo com Vaz Serra (1999), o apoio social é um termo abrangente que se refere à quantidade e à coesão das relações sociais que envolvem uma pessoa, à força dos laços estabelecidos, à frequência do contacto e ao modo como é percebido que existe um sistema de apoio que pode ser útil e prestar cuidados quando é necessário. O apoio social é “um conceito interactivo que se refere às transacções que se estabelecem entre indivíduos” (Barrón, 1996).



Esta autora defende que o conceito de apoio social inclui os níveis de análise (comunitário, redes sociais e relações íntimas) presentes numa perspectiva de estudo estrutural, funcional e/ou contextual, havendo uma diferenciação dos aspectos subjectivos e objectivos. Assim, a *nível comunitário*, o apoio social proporciona uma sensação de pertença e integração social, inerente a uma participação em diversos contextos e papéis sociais; o *nível das redes sociais* engloba todos os contactos sociais com os outros, embora de forma indirecta e o *nível de relações mais íntimas* é o que está mais directamente ligado ao bem-estar e à saúde.

House (1981) define o apoio social como uma parte (cônjuge ou parceiro, amigos, outros familiares, colegas de trabalho, serviços comunitários, grupos de ajuda mútua, vizinhos, profissionais de saúde e bem-estar) que auxilia o sujeito a lidar com o *stress* e consequentemente, enfraquece os efeitos adversos deste. O autor propõe que o suporte social seja um conjunto de transacções individuais envolvendo:

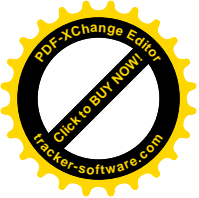
- 1 – as preocupações a nível emocional (simpatizar, gostar ou amar);
- 2 – a ajuda instrumental (bens e serviços);
- 3 – a informação (acerca do meio que o rodeia);
- 4 – o reconhecimento (informação pertinente para determinada avaliação).

Na procura de uma maior precisão na definição de apoio/suporte social, Barrera (1986) organiza o conceito em três categorias distintas:

- A *integração social* – que corresponde às conexões que cada indivíduo possui com outros significativos do seu meio envolvente;
- O *suporte social percebido* – que se refere ao suporte que é esperado obter, em termos de disponibilidade e adequação, dos outros significativos em caso de necessidade;
- E o *suporte prestado* – que corresponde ao suporte recebido dos outros.

Para definir o conceito de apoio social, Vaux (1988) salienta três elementos principais:

- Os *recursos das redes de apoio* – concerne à rede social onde o indivíduo encontra ajuda para lidar com o dia-a-dia;
- Os *comportamentos de apoio* – têm diversas funções e devem ter em conta o contexto emocional e situacional;



- *A avaliação subjectiva de apoio* – refere-se ao modo como o sujeito percepçiona e atribui significado ao auxílio prestado por alguém.

As percepções que os indivíduos têm do apoio social e da sua disponibilidade dependem de variáveis situacionais, ou seja, pelo que acontece nas transacções sociais, pelos aspectos da sua própria personalidade (por exemplo: capacidade do indivíduo para comunicar as suas necessidades e para pedir auxílio à sua rede social) e ainda de estilos cognitivos (Matos e Ferreira, 2000).

Lin (1986) define-o como sendo o suporte acessível a um indivíduo, através dos elos sociais com outros indivíduos, grupos e com o conjunto da comunidade. É o conjunto das relações interpessoais do indivíduo que procura um vínculo afectivo como a simpatia, a amizade e o amor, uma ajuda prática instrumental ou financeira, mas também informações e avaliações relativas à situação que o ameaça (Bruchon-Schweitzer 1994, citado por Llorca, Poussin & Cazals-Ferré, 2004).

Também, Thoits (1985), referido por Barrón (1996), menciona que o apoio social geralmente consiste no grau em que as necessidades sociais básicas do indivíduo (de afiliação, afecto, pertença, identidade, segurança e aprovação) são satisfeitas através da interacção com os outros. Para este autor, estas necessidades podem ser satisfeitas através de ajuda sócio-emocional (por exemplo, afecto, simpatia, compreensão, aceitação e estima de outros significativos) ou de ajuda instrumental (por exemplo, conselho, informação, ajuda em relação à família ou ao trabalho e ajuda económica).

Assim, o suporte social pode também ser definido como a existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam connosco, nos valorizam e gostam de nós (Sarason, citado por Ribeiro, 1999).

É uma transacção objectiva e interpessoal que providencia afecto, afirmação pessoal ou ajuda (monetária, material, informação ou tempo) (Kahn, 1980 – referido por Oliveira, 2001),

Verifica-se que existe uma ampla definição deste conceito que dificulta a sua clarificação conceptual. O apoio social revela ser um constructo multidimensional. Contudo, refere-se, de forma geral, a funções desempenhadas por grupos ou pessoas significativas (familiares, amigos ou vizinhos) para o indivíduo em determinadas situações da vida. Mas a subjectividade e individualidade do apoio social depende da percepção



peçoal de cada indivíduo. Esta percepção assenta na comunicação dos sujeitos de que são estimados e traduz-se, pela crença generalizada que os indivíduos desenvolveram de que os outros se interessam por eles, que estão disponíveis quando eles precisam, e isto suscita satisfação quanto às relações que têm.

## **2. Perspectivas Teóricas: Influência do Apoio Social na Saúde**

### ***2.1. Apoio Social e aspectos de saúde***

O apoio social promove a adaptação dos indivíduos, quando estes são confrontados com situações normativas, contribuindo assim para o seu bem-estar físico e psicológico (Vaux,1988). Promove a saúde e o bem-estar do indivíduo mesmo quando este não se tem de confrontar directamente com circunstâncias indutoras de stress (Newman e Newman, 1995, citado por Vaz Serra, 1999).

O suporte social parece ter dois elementos básicos: a percepção de que existe um número suficiente de outros disponíveis com quem o indivíduo pode contar se necessário, e, o grau de satisfação relacionada com a personalidade de cada indivíduo (Sarason, Levine, Basham e Sarason, 1983).

Maguire (1991 – referido por Oliveira, 2001) sugere uma análise dos componentes práticos do suporte social, o que consta em 5 dimensões:

- a) sentido de identidade do self;
- b) encorajamento e feedback relacional;
- c) mecanismo de protecção contra o stress;
- d) conhecimentos, aptidões e recursos (materiais e/ou emocionais);
- e) e oportunidades de socialização.

Diversas investigações salientam o papel protector das forças sociais no homem e a sua influência no bem-estar e qualidade de vida. Nessa perspectiva, Vaz Serra (1999) destaca o contributo do apoio social:

- permite estabelecer elos afectivos mais firmes aumentando assim a segurança;



- contribui para a integração social dos indivíduos favorecendo o reconhecimento, valor e competências do indivíduo;
- possibilita as trocas (dar e receber) conselhos e informações orientadoras;
- proporciona aos seres humanos, a prestação de cuidados a outras pessoas reforçando deste modo sentimentos de utilidade.

Por outro lado, diversos autores Barrón (1996); Cutrona *et al.* (1986); Gottlieb (1983) e Vaux (1988) agrupam em dois tipos de modelos de compreensão: o *modelo do efeito principal* e o *modelo do efeito protector*. Estes dois modelos têm por objectivo especificar os mecanismos perante os quais o apoio social exerce um efeito directo e independente sobre a saúde e o bem-estar, e através do qual pode cumprir a sua função protectora.

- *Modelo de efeito principal* – considera que o apoio social estimula directamente a saúde, constituindo um indicador da integração do indivíduo no meio social.

Segundo Vaux (1988), o efeito directo do apoio social depende dos efeitos acumulados provenientes das interacções sociais estabelecidas no passado e no presente, pelo que o estabelecimento de estratégias pontuais de apoio não interfere no seu efeito principal.

Realçam-se duas categorias de efeito directo sobre a saúde e o bem-estar: os que fazem referência à prevenção de situações stressantes e os que incidem no efeito da integração e da pertença através da sua influência na auto-estima.

Para Cutrona *et al.* (1986, referido por Paúl, 1997), parece haver uma relação directa entre o apoio social e a saúde mental e física, independentemente dos efeitos do stress.

O *apoio social* terá um *efeito directo* sobre o bem-estar, fomentando a saúde independentemente do nível de stress, o que significa que quanto maior for o apoio social menor será o mal-estar psicológico experimentado e quanto menor for o apoio social maior será a incidência dos transtornos (Barrón, 1996).

- *Modelo do efeito protector* – é concebido como um amortecedor para situações capazes de provocar no indivíduo exigências que ultrapassam os seus recursos de adaptação, e que de alguma forma influenciam o bem-estar e a saúde.





Cutrona *et al.* (1986, referido por Paúl, 1997) considera o papel primário do apoio protector em situações de *stress*, aumentando o poder de lidar com os acontecimentos de forma adaptativa. Pode-se prever a saúde mental, examinando a interacção entre o stress e o apoio social.

O *efeito protector* ou amortizador do apoio social manifesta-se sempre que este actua como moderador de outras forças que também influenciam o bem-estar (Barrón, 1996). Neste caso, as situações indutoras de *stress* só teriam efeitos negativos nos indivíduos que possuísem um apoio social baixo.

Não haveria portanto uma influência directa do apoio social no bem-estar do indivíduo, limitando-se a proteger as pessoas dos efeitos patogénicos do *stress* como um moderador de impacto.

Posteriormente, Barrón (1996) defende três modos possíveis pelos quais as relações sociais exercem um efeito positivo na saúde:

- As relações sociais proporcionam ao sujeito um conjunto de identidades que se constituem na interacção com os outros, a partir dos papéis sociais e são fonte de bem-estar, na medida em que previnem a ansiedade, orientando a conduta.
- As relações sociais influenciam a própria auto-avaliação através do modo como o sujeito percebe as avaliações feitas pelas pessoas com quem se relaciona, podendo ser encaradas como fonte de auto-estima.
- O bom desempenho dos papéis sociais gera sentimentos positivos de satisfação, de domínio e de orgulho

Por outro lado, Caplan (1974), referido por Vaux (1988), baseando-se nos princípios de Cassel, interessou-se particularmente pelo *feedback* social. De facto, este autor salienta a importância das relações sociais para o bem-estar do indivíduo. Caplan utiliza o termo sistemas de suporte para designar um padrão duradouro de vínculos intermitentes e contínuos que desempenham uma parte importante na manutenção quer física quer psicológica do indivíduo ao longo dos tempos. Estes sistemas de suporte incluem a família, os amigos, os grupos de auto-ajuda, os serviços informais baseados na vizinhança e ainda a ajuda proveniente da comunidade.

Para este autor, a importância dos sistemas de suporte/apoio na protecção do bem-estar do indivíduo são observáveis não só nas exigências do quotidiano, como ainda em



situações de crise. O autor acrescenta que estes agregados sociais continuados permitem ao indivíduo uma confirmação da sua identidade e da sua performance relacional. Deste modo, propõe actividades que estimulam o desenvolvimento de contactos sociais.

Parece ainda que o suporte proveniente dos amigos é mais útil para lidar com conflitos não relacionados com a família, enquanto que para lidar com problemas de saúde os familiares parecem ser a fonte de um suporte mais efectivo (Barrón, 1996).

De acordo com os resultados do estudo de Welz, Veill e Häfner (1988), os indivíduos que cometeram tentativas de suicídio, caracterizavam-se por uma grande escassez de contactos regulares com amigos, conhecidos ou familiares, quando confrontados com um grupo de controlo.

Um suporte social adequado pode proteger pessoas em crise, de uma variedade de perturbações físicas e psicológicas (Cobb (1976), referido por Vaux (1988). Contudo, Kiecolt-Glaser e Glaser (1991) salientam que “a simples presença de outras pessoas não significa ter acesso, necessariamente, a apoio social”. De facto, são necessários outros factores, para além da presença de outros, para que realmente o apoio social contribui para o bem-estar físico e psicológico. Oliveira (2001) considera que o grau de intimidade da relação, a sua satisfação e história passada, são outros dos muitos factores capazes de contribuir mais ou menos positivamente para o sistema de suporte social.

## ***2.2. Apoio Social e aspectos relacionados com doença***

O suporte social alivia o *distress* em situação de crise, pode inibir o desenvolvimento de doenças e, quando o indivíduo está doente, tem um papel positivo na recuperação (Rodin e Salovey, 1989, citado por Ribeiro, 1999).

É hoje aceite como importante tanto para a saúde como para as doenças, embora se continue a debater o que pode ser considerado como variável no vasto domínio do suporte social, tais como o número de amigos, a frequência de contactos, a intensidade de contactos, a existência de amigos íntimos, ou de redes constituídas apenas por contactos sociais mesmo que não sejam amigos (Berkman, 1984, referido por Ribeiro, 1999). Para além destes, também são considerados alguns aspectos subjectivos, tais como a percepção que o indivíduo tem da adequação do suporte que dispõe, e a satisfação com a dimensão social da sua vida.



Leppin e Schwarzer (1989, citado por Ribeiro, 1999), numa meta-análise em 55 estudos (publicados entre 1976 e 1987) com uma amostra total de 32739 indivíduos, mostraram 83 correlações baseadas em amostras independentes, sobre a relação entre suporte social e saúde, e confirmaram que a saúde deficiente era mais pronunciada entre os que tinham falta de suporte social. Verificaram ainda, que o grau de associação entre as variáveis dependia das circunstâncias, da população, dos conceitos e das medidas utilizadas para avaliar o suporte social e a saúde.

No que se refere ao suporte social em doentes crónicos, Ridder e Schreurs (1996, citado por Ribeiro, 1999) observam que estes doentes expressam satisfação com o suporte social emocional e prático, enquanto que o suporte social informativo, especialmente quando provém de amigos e familiares, é visto como interferência indesejável.

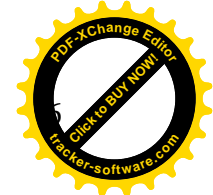
No acompanhamento dos doentes crónicos, é fundamental não esquecer as respectivas famílias, quer incentivando a sua função de apoio (importante para o bem-estar do doente) quer tendo em atenção o stress e o sofrimento a que ela própria está sujeita (Paúl e Fonseca, 2001).

De facto, estes autores defendem que as limitações impostas por algumas doenças à realização das tarefas do dia-a-dia fazem que, frequentemente, toda a sua família seja envolvida em diferentes tarefas até então realizadas pelo próprio. Salientam que isto implica, muitas vezes, a interrupção de carreiras profissionais ou uma grande sobrecarga na vida dos familiares de doentes crónicos, ao tentarem acumular a prestação de cuidados com o trabalho fora de casa.

Enfatizam ainda que a colaboração entre as respostas formais dos Serviços de Saúde e da Segurança Social e o apoio informal aos pacientes começa agora a entrar na agenda dos profissionais, que constataam a importância dessa colaboração para a sustentabilidade dos tratamentos.

### ***2.3. Apoio Social e aspectos desenvolvimentais***

O indivíduo deve ser perspectivado num processo desenvolvimental e interactivo entre o sujeito e o seu sistema de vínculos relacionais (Michael Newcomb, 1990 – in Oliveira, 2001).



Numa tentativa de integrar as diferentes abordagens dos diferentes investigadores, Lin (1986) fomenta duas dimensões do suporte social:

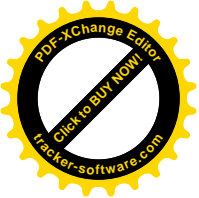
- A *dimensão instrumental* – que envolve a utilização da relação como um meio para alcançar uma meta e define-se como acções ou apoios materiais proporcionados por outros, serve também para resolver problemas práticos e/ou facilitar a realização de actividades quotidianas, nomeadamente a ajuda na procura de emprego, o empréstimo de dinheiro, a ajuda nas tarefas domésticas, entre outros;
- A *dimensão expressiva* – que envolve a utilização da relação quer como um fim, quer como um meio. Refere-se à disponibilidade de alguém com quem falar e partilhar sentimentos, e inclui as actividades que fomentam os sentimentos de bem-estar afectivo, levando o indivíduo a sentir-se querido e respeitado, acreditando que tem pessoas à sua disposição que lhe podem proporcionar carinho e segurança. Em suma, trata-se de expressões ou demonstrações de afecto, carinho, simpatia, estima e/ou pertença a grupos.

Segundo Dunst e Trivette (1990, referido por Ribeiro, 1999), o domínio do apoio social é multidimensional. Divide-se em cinco componentes de suporte interligados:

- *Componente constitucional* – inclui as necessidades e a congruência entre estes e o suporte existente;
- *Componente relacional* – estatutos familiar, profissional, tamanho da rede social, participação em organizações sociais;
- *Componente funcional* – suporte disponível, tipo de suporte, qualidade e quantidade de suporte;
- *Componente estrutural* – proximidade física e psicológica, frequência de contactos, nível de relação, reciprocidade e consistência;
- *Componente satisfação* – utilidade e ajuda fornecida.

Numa perspectiva desenvolvimentista, a forma mais primitiva e porém vital de suporte social encontra-se reflectida nos vínculos precoces e fenómenos relacionais entre a mãe e o recém-nascido (Oliveira, 2001).

O suporte social caracteriza-se na qualidade das relações desenvolvidas entre a mãe e o(a) filho(a), facto considerado aliás em muitas abordagens teóricas sobre o processo,



como o *attachment* (Bowlby), os investimentos libidinais (Freud), os processos psicossociais (Erikson), as relações de objecto (Melanie Klein) e as experiências de aprendizagem (Bandura) (Oliveira, 2001).

Segundo este autor acrescenta que todas estas teorias parecem concordantes quanto ao facto da qualidade do sistema de suporte desenvolvido entre o bebé e a mãe afectar mais ou menos directamente o funcionamento psicossocial da criança ao longo de toda a sua vida (Oliveira, 2001).

Sarason *et al.* (1983) defendem que as pessoas que, ao longo da infância, tiveram um bom apoio social costumam revelar, em adultos, um melhor ajustamento e uma melhor auto-estima e parecem não só experimentar um maior número de acontecimentos positivos na sua vida como a encaram de uma forma mais optimista.

Referem ainda que as pessoas que estabeleceram uma vinculação segura terão a percepção de um elevado apoio social, acreditando em particular, que as pessoas que constituem a sua rede social, próxima e alargada estarão mais disponíveis.

Newman e Newman (1995, citado por Vaz Serra, 1999) apontam ainda que as diferentes relações sociais significativas e a prestação de apoio social evoluem por etapas ao longo da vida, sendo este percurso acompanhado por uma diferenciação qualitativa e quantitativa das interacções pessoais.

Em suma, o desenvolvimento da percepção do suporte social surge altamente influenciado por diferenças individuais e pela qualidade das relações precoces, particularmente com as figuras parentais (Sarason, 1990 – in Oliveira 2001).

De acordo com toda a revisão bibliográfica apresentada, parece que para existir realmente um apoio social ou pelo menos a sua percepção que contribui eficazmente no bem-estar físico e psicológico de quem precisa de ajuda, é necessário de forma geral e simplista uma relação com grau elevado de intimidade (família, cônjuge, amigos), satisfação da relação, e a frequência de contactos. No entanto, a percepção do apoio social e o seu contributo para a saúde revela-se complexa e está dependente de muitas variáveis/factores.



### 3. Apoio social e *Coping*

Lazarus (1985, referido por Pereira, 1997) enfatiza duas funções essenciais ao *coping*:

- Enfoque no *coping* emocional – que regula o estado emocional, através de esforços que permitam o desenvolvimento do indivíduo ao nível do pensamento e do comportamento de uma forma eficiente e apropriada;
- Enfoque no *coping* problema/confronto – que pretende a modificação ou alteração da relação entre o indivíduo e o ambiente, através de esforços que permitam respostas para as situações de *stress*.

Hélder & Scheneider (1988, citado por Pereira, 1997) classificaram as estratégias de *coping* nas seguintes categorias: (1) resolução de problemas; (2) redefinição da situação; (3) suporte social; (4) redução da tensão/procura de informação e religião. As estratégias pessoais de *coping* são o resultado da socialização e da história de aprendizagem da pessoa.

Para Thoits (1986) o suporte social constitui uma participação activa do outro (desde que este seja dotado de significado para o indivíduo) nos esforços individuais de adaptação à situação de stress e que designa de “*coping assistance*”. Este autor distingue as funções de suporte e os tipos funcionais de *coping*. Considera dois aspectos inerentes à reacção de stress, a situação em si e a reacção emocional à situação. Estes dois tipos de comportamento designam as funções que o suporte social pode ter no *coping*. Assim o primeiro está relacionado com a participação directa de outros nesses esforços estimulando o *coping*, e o segundo diz respeito à sugestão de técnicas de adaptação ao stress dada por outros significativos.

Acrescenta-se que o facto de o indivíduo estar inserido numa rede de relações próximas, permite-lhe ter acesso a informações e orientações que o poderão levar à antecipação de acontecimentos desagradáveis, recorrendo a estratégias de *coping* passando estas pela alteração de aspectos do meio e pela modificação do seu próprio comportamento (Gottlieb, 1983).

Para lidar com a doença crónica, Moos (1982 – in Paúl e Fonseca, 2001) esquematizou algumas estratégias de *coping*:



- Negar ou minimizar a seriedade da doença. Esta reacção pode ser benéfica nas primeiras fases de adaptação a um problema de saúde, separando o lado emocional do lado clínico da questão, o que faz com que os doentes não se sintam demasiado tristes e dá-lhes tempo para organizarem modalidades pessoais de entendimento do problema e de cooperação com os profissionais de saúde.
- Procurar informação sobre o problema e sobre os meios de tratamento.
- Aprender para poder tratar da sua doença, o que leva os pacientes a ganhar autocontrolo.
- Organizar objectivos concretos mais limitados, tais como exercício físico, ida a espectáculos e reuniões sociais e, no máximo possível, manter as rotinas regulares.
- Recrutamento de suporte instrumental e emocional através da família e amigos, expressando as suas necessidades e os seus sentimentos.
- Considerar possíveis acontecimentos e situações indutoras de stress, para saber o que esperar no futuro e para se estar preparado face a dificuldades inesperadas.
- Adquirir uma perspectiva regulável sobre o seu estado de saúde, encontrando objectivos a longo prazo ou significados para a experiência; os pacientes normalmente fazem isto através de crenças religiosas ou reconhecendo que mudaram para melhor “como pessoas” através da experiência.

A chave para um *coping* bem sucedido passará, finalmente, pela compreensão das fontes de stress e pelo uso eficaz dos recursos disponíveis para lidar com problemas significativos (Coe, Romeis e Hall, 1998- in Paúl e Fonseca, 2001).

#### **4. Tipos de apoio social**

Os problemas que o indivíduo enfrenta podem requerer diferentes tipos de suporte, de acordo com a fase da vida que atravessa. As necessidades ligadas ao apoio social devem ser consideradas como um requisito permanente que se torna útil para o ajustamento e o bem-estar do ser humano, que lhe melhora a qualidade de vida, independentemente da ocorrência ou não de circunstâncias desagradáveis. (Cutrona, 1996),



Com o objectivo de organizar os tipos de apoio social, Wills (1985, citado por Cruz, 2001) sugere quatro tipos:

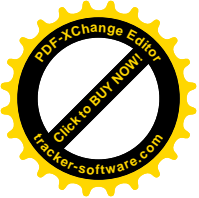
- *apoio à estima* – é aquele em que um grupo de pessoas contribui para aumentar a auto-estima do próprio indivíduo;
- *apoio informativo* – em que existem pessoas que estão disponíveis para oferecer conselhos;
- *acompanhamento social* – engloba o apoio conseguido através de actividades sociais;
- *apoio instrumental* – diz respeito a toda a ajuda do tipo físico.

Posteriormente, Barrón (1996) sugere um modelo mais simples e integrador que passa por:

- *O Apoio emocional* – refere-se à disponibilidade de alguém com quem se pode falar, e inclui as condutas que fomentam sentimentos de bem-estar afectivo. Estes fazem com que o sujeito se sinta querido, amado e respeitado e integram expressões ou demonstrações de amor, afecto, carinho, simpatia, empatia, estima.
- *Apoio material e instrumental* – caracteriza-se por acções ou materiais proporcionados por outras pessoas e que servem para resolver problemas práticos e/ou facilitar a realização de tarefas quotidianas. Este tipo de apoio, tem como finalidade diminuir a sobrecarga das tarefas e deixar tempo livre para actividades de entretenimento. O apoio material só é efectivo, quando o receptor percebe esta ajuda como apropriada. Se isto não acontece a ajuda é avaliada como inadequada, o que pode acontecer sempre que o sujeito sente ameaçada a sua liberdade ou se sente em dívida.
- *Apoio de informação* – refere-se ao processo através do qual as pessoas recebem informações ou orientações relevantes que as ajuda a compreender o seu mundo e/ou ajustar-se às alterações que existem nele.

Contudo, e de acordo com o que foi apresentado nos dois modelos anteriores, Overholser *et al.* (1990, citado por Paúl, 1997) defendem que a influência protectora dos apoios sociais é devido a um efeito positivo directo no funcionamento psicológico ou a um efeito diminuidor do stress.





De facto, este autor acrescenta que a teoria sobre o efeito directo afirma que os apoios sociais exercem uma influência protectora em relação ao nível de stress. Pelo contrário, a teoria do amortecimento (ou modelo do efeito protector) considera que os apoios sociais servem para atenuar os efeitos dos acontecimentos de vida que provocam stress, mas só quando a pessoa está a atravessar um desses períodos de crise.

De acordo com Cutrona e Russell (1990), Powell e Enright (1990) e Cohen e Will (1985) (in Vaz Serra (1999), pode-se referir que existe seis tipos de apoio social:

- *Apoio afectivo*, em que as pessoas se sentem estimadas e aceites pelos outros pelo que são;
- *Apoio emocional*, representado pelos sentimentos de apoio e de segurança que um indivíduo pode receber;
- *Apoio perceptivo*, propicia que um indivíduo faça uma avaliação mais correcta do seu problema, lhe dê outro significado e estabeleça objectivos mais realistas;
- *Apoio informativo*, exemplificado pelas informações e conselhos respeitantes às tomadas de decisão;
- *Apoio instrumental*, consiste na ajuda concreta que um indivíduo recebe em termos materiais ou de serviços para resolver determinado problema;
- *Apoio de convívio social*, leva uma pessoa a ter, junto de outras, actividades de lazer ou culturais que possibilitam o sujeito distrai-lo e também alivia-lo das tensões acumuladas diariamente, evitando assim o sentimento de isolamento e estimulando o sentimento de pertença a um grupo, uma rede social.

Por outro lado, a tipologia de aprovisionamento social de Weiss também contribui para a compreensão de como as relações sociais influenciam directamente o bem-estar. Weiss enfatiza seis tipos de relações de suporte social (Canavarro, 1999):

- *Vinculação* – esta relação tem por base a segurança sentida na relação com a pessoa a quem o indivíduo está vinculado.
- *Afiliação* – baseia-se no reconhecimento e partilha de interesses e situações através das quais se podem desenvolver sentimentos de afeição, respeito e lealdade.
- *Fornecimento de ajuda* – este tipo de relação tem por base o compromisso, investimento e responsabilidade para com quem se percepção como sendo mais fraco ou necessitado, investindo-se no bem-estar do outro.



- *Colaboração* – compromisso partilhado tendo como finalidade atingir um determinado objectivo. O outro é percebido como um parceiro com quem se conjugam esforços. O respeito mútuo está associado com este tipo de relação.
- *Aliança persistente* – baseada em sentimentos de identificação. Habitualmente estão presentes neste tipo de relação sentimentos de obrigatoriedade de ajudar o outro assim como o direito de ser ajudado pelo outro, quando necessário. Este tipo de relação identifica-se com os laços de parentesco.
- *Obtenção de ajuda* – tipo de relação que se estabelece com alguém percebido como sensato e com mais conhecimentos. Normalmente é procurado como fonte de apoio e orientação.

## 5. Redes sociais de apoio

De acordo com Eckenrode e Gore (1981, referido por Paúl, 1997), os sistemas de apoio são recursos contextuais que permitem que se lide, com sucesso, com os acontecimentos de vida que provocam stress e com as perturbações com eles associadas, explicando porque é que muitas pessoas, em situações de stress, não sofrem essas consequências adversas de saúde.

Gotlieb (1981 citado por Paúl, 1997) refere-se ao estudo das redes sociais de apoio, como relativo às forças sociais no ambiente natural, que contribuem para a manutenção e promoção da saúde das pessoas, à forma como as ligações humanas se estruturam como sistemas de apoio, e os recursos que são partilhados entre os membros desse sistema.

Para este autor, a definição de rede social de apoio surge de imediato ligada a um resultado em termos do bem-estar do homem, promovendo especialmente a sua saúde mental. Um sistema de apoio é uma rede de apoio social, um conjunto de pessoas ligadas por um conjunto de laços, por exemplo, relações de apoio emocional, formando uma rede social, limitada do ponto de vista analítico, que apenas toma em consideração laços de apoio e que assume que estes laços só podem formar uma única estrutura integrada (Wellman, 1981 – in Paúl, 1997).

Num extenso trabalho sobre redes de apoio, Fischer (1982, referido por Paúl, 1997) começa por distinguir três tipos de envolvimento ou relação entre as pessoas:



- *o formal* – no sentido em que envolve regras reconhecidas socialmente, com direitos e deveres recíprocos, como é o caso das relações filiais;
- *o sentimental* – quando há um sentido de preocupação e proximidade relativamente ao outro;
- *a troca* – quando o envolvimento é no sentido de partilha de actividades apoio emotivo ou ambos, num dar e receber recíproco.

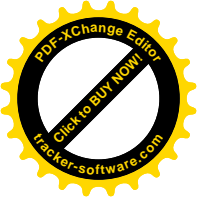
Posteriormente, Dunst e Trivette (1990), citado por Ribeiro (1999), distinguem duas redes de apoio social: as fontes de apoio social informais e as formais. As primeiras abrangem em simultâneo os indivíduos (familiares, amigos, vizinhos, etc.) e os grupos sociais (clubes, igrejas, etc.), e as segundas incluem tanto as organizações sociais formais (hospitais, serviços de saúde, etc.) como os profissionais (médicos, assistentes sociais, psicólogos, etc.) que estão organizados para fornecer assistência ou ajuda às pessoas necessitadas.

Os grupos de suporte cumprem distintas funções, cognitivas, comportamentais e afectivas. Acrescentam que são um meio de promover o sentimento de comunidade, de sentir-se integrado; proporcionam uma rede de relações sociais, onde se desenvolve o espírito de solidariedade e de grupo pela aceitação e afecto; permitem um sentido de comparação social, no sentido de partilha de problemas, fracassos, preocupações e sentimentos comuns entre iguais; possibilitam a aprendizagem de novas estratégias para lidar com crises e um *feedback* positivo por ajudar os outros, na medida em que o indivíduo melhora os seus níveis de auto-estima, auto-avaliação e auto-eficácia, contribuindo para o seu bem-estar (Gottlieb, 1988) e Barrón *et al.*, 1988).

Nos grupos onde existe o mesmo tipo de problema, os indivíduos podem encontrar maior empatia e compreensão, e podem também partilhar experiências que podem contribuir para ultrapassarem, de uma forma eficaz, as suas próprias dificuldades.

Barrón (1996) fomenta que as relações estabelecidas pelos indivíduos cumprem funções consoante o tipo de intercâmbio interpessoal dominante entre os elementos da rede. Estas funções caracterizam-se através do apoio emocional, da socialização, da troca de serviços.

Esta autora acrescenta que as redes sociais têm efeitos benéficos na saúde e bem-estar, de acordo com o tamanho da rede, densidade, reciprocidade e homogeneidade.



De acordo com Sluzki (1996), as relações familiares e de amizade íntimas podem ser as mais dominantes, muito pela sua riqueza e complexidade. Assumindo diferentes formas em função do tipo de laços e de actores sociais envolvidos, as redes sociais são consideradas como os “sistemas particulares de relações que unem actores sociais” (Fischer e tal., 1977, referido por Guédon, 1984).

Nessa mesma perspectiva, Lewis (1988, referido por Canavarro, 1999) defende que o conceito de rede social inclui relações amorosas, relações com amigos e conhecidos. Segundo a autora diversos factores podem afectar as funções da rede social, tais como o próprio ciclo de vida, a estrutura familiar, constrangimentos sociais e aspectos culturais.

Para Paúl (1997), as redes sociais de apoio, mais não são do que formas como as ligações humanas se estruturam como sistemas de apoio (para manutenção e promoção da saúde das pessoas) e os recursos que são partilhados entre os membros desse sistema.

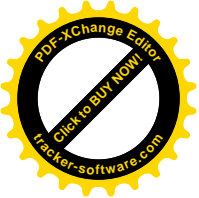
Vaz Serra (1999) refere que os recursos da rede social são o conjunto das relações sociais disponíveis, para prestar apoio quando necessário, oferecendo uma ligação estável num grupo social. O autor acrescenta que cada indivíduo integra-se numa determinada rede social (família, amigos e colegas de trabalho) e que as investigações revelam que as pessoas com uma rede social coesa, sentem as situações de stress de uma forma menos intensa e que uma rede social alargada torna mais fácil o apoio em determinada situação.

Variando de pessoa para pessoa, cada um tem a sua rede de relações significativas, com oportunidade de alargamento progressivo do seu campo social.

Paralelamente, Payne (2002) enfatiza que as redes podem assumir uma variedade de características, como por exemplo, estarem relacionadas com a família, a escola, o trabalho, o lazer, serviços de bem-estar.

As redes sociais de apoio não têm carácter estático. Pelo contrário, à medida que as pessoas seguem o curso do ciclo de vida, passando por estádios, como o ser solteiro, casado, ser pai (mãe), ficar com a casa vazia (empty nest), ser viúvo, a família, as amizades e outras ligações mudam (Mauser, 1983 – referido por Paúl, 1997).

As redes sociais e o suporte que providenciam são elementos importantes em todas as idades, percorrendo os diversos estádios do ciclo de vida de qualquer indivíduo. Assim, a rede de relações sociais é construída ao longo de uma vida, através da reciprocidade criada entre as características pessoais e os contactos sociais, mantendo-se ou ajustando-se via transacções relacionais (Oliveira, 2001).



Paúl (1997) salienta ainda que mais do que a quantidade de pessoas de uma rede social de apoio, a qualidade relacional é um factor importante, destacando-se o papel de uma relação íntima, a existência de um confidente.

### ***5.1. Redes Sociais de Apoio dos Idosos***

As redes sociais de apoio revestem-se de importância crucial nos idosos dado que o sentimento de ser amado e valorizado, a pertença a grupos de comunicação e obrigação recíprocas, levam os indivíduos a escapar ao isolamento.

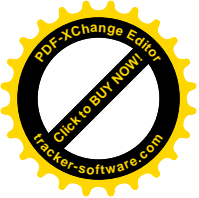
A rede social de apoio aos idosos actua directamente como preventiva do stress (modelo dos efeitos directos) ou para colmatar os efeitos do stress em situação de crise (modelo do efeito amortecedor), sendo um dos factores do bem-estar físico e psicológico do idoso (Paúl, 1997).

No plano das respostas organizadas para idosos, importa pois apresentar propostas que integrem novas relações emergentes entre diferentes gerações, mas que respeitem as opções pessoais de cada um, inerentes aos seus projectos de vida.

Rodrigues (1999) acrescenta que a intervenção social na pessoa idosa desenvolve-se junto dos diversos sistemas em interacção designadamente o idoso, a família, as redes de suporte social e os serviços e as instituições capazes de contribuir para o seu bem-estar. Para este autor, é fundamental conhecer a situação socio-económica e habitacional do idoso e do seu agregado familiar, compreender os seus modos de vida, os seus hábitos, ou sua cultura e avaliar o grau de solidariedade e a qualidade das relações interpessoais e familiares para permitir a definição de estratégias e adoptar as técnicas de intervenção adequadas à situação.

Na velhice as relações significativas tornam-se mais abstractas, segundo Newman e Newman (1995, referido por Vaz Serra, 1999).

Olsen *et al.* (1991, referido por Ribeiro, 1999) observaram que os elementos mais importantes no fornecimento de apoio social aos idosos eram a família. De facto, Investigações anteriores demonstraram que as redes sociais de apoio informal dos idosos são maioritariamente constituídas por familiares (Stoller; Forster e Dunilho, 1992, referido por Paúl, 1997).



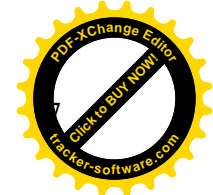
O apoio familiar é considerado por Monk (1988 – in Paúl, 1997), numa perspectiva positiva, ao afirmar que os filhos e a família respondem admiravelmente às necessidades dos seus membros idosos, apesar das limitações da sua capacidade de ajuda, impostas pelas actuais circunstâncias de vida, nomeadamente o facto de as várias gerações não viverem já sob o mesmo tecto e estarem separadas por grandes barreiras geográficas e pela entrada da mulher no mercado do trabalho, limitando a sua possibilidade de olhar pelos idosos que, por outro lado, prolongam por muito tempo a sua cronicidade incapacitante. Este autor defende ainda que seria então um mito o abandono familiar e filial, muito difundido e mantido pelos técnicos que lidam com apenas uma franja de idosos, principalmente os mais desprovidos de todo o tipo de recursos e que depois generalizam os resultados, dessa amostra enviesada, ao conjunto da população.

No entanto, Paúl (1997) aponta que com a evolução da sociedade, o papel da família no apoio aos seus elementos mais velhos tem vindo a reduzir-se e a tornar-se mais difícil. Contudo, a família, na nossa sociedade, tem ainda um papel importantíssimo no apoio instrumental ao idoso e também no seu bem-estar psicológico.

Paralelamente, quer os amigos quer os vizinhos fornecem importantes tipos de apoio e assistência que contribuem para o bem-estar e independência dos idosos (Wenger, 1990, citado por Paúl, 1997).

Paúl (1997) refere que podemos dividir as redes sociais de apoio ao idoso em dois grupos principais: 1) redes de apoio formal e, 2) redes de apoio informal. Esta autora acrescenta que, por sua vez, o apoio que estas redes prestam é basicamente também de dois tipos, a) o apoio psicológico, ligado à satisfação de vida e ao bem-estar psicológico, e, b) o apoio instrumental, que pressupõe a ajuda física em situações de diminuição das capacidades funcionais dos idosos, e perda de autonomia física, temporária ou permanente.

Salienta ainda que no grupo constituído pelas redes de apoio formal, incluem-se os serviços estatais de segurança social e os organizados pelo poder local, a nível de concelho ou de freguesia, criados para servir a população idosa, sejam eles lares, serviços de apoio domiciliário, centros de dia ou centros de convívio. A autora acrescenta que neste conjunto destacam-se as instituições privadas de solidariedade social, a maioria das quais ligadas, directa ou indirectamente, à Igreja Católica, sendo outras do tipo associações profissionais,



todas beneficiando de algum apoio do Estado e que, no seu conjunto, são as promotoras da maior parte dos serviços existentes no nosso país, a nível da chamada Terceira Idade.

As redes de apoio informal podem subdividir-se por sua vez em dois grandes grupos: a) as constituídas pela família do próprio idoso e b) as constituídas pelos amigos e vizinhos. No entanto esta autora defende que as redes de apoio informal são incapazes de preencher as necessidades existentes, quer devido à inadequação da rede, quer porque as suas necessidades ultrapassam a capacidade de apoio proveniente desse sistema. Fomenta ainda que para estes, os serviços de apoio domiciliário formal são a possibilidade que lhes resta para se manterem a viver na comunidade.

Por outro lado, Paúl (1997) destaca um ponto importante, o de solidão/isolamento. Para esta autora, a solidão do indivíduo num determinado cenário ambiental, muito frequente nos idosos, é muito provavelmente uma das condições persistentes de vida que aumenta os níveis de stress. Defende ainda que poderíamos considerar a situação de solidão/isolamento, como de inexistência ou de não funcionamento das redes sociais de apoio, determinante do stress e com consequências em termos de saúde física e psicológica dos sujeitos.

Monk (1988– in Paúl, 1997) enfatiza que os factores demográficos estão na base da solidão dos idosos como resultado da diminuição simultânea das taxas de fertilidade e de mortalidade são:

- 1) uma esperança de vida maior: mais pessoas que vivem até mais tarde;
- 2) maior sobrevivência no grupo de pessoas com mais de 75 anos;
- 3) as mulheres viverem mais tempo do que os homens;
- 4) mais idosos vivendo sozinhos.

Enquanto que Bennett (1980 – in Paúl, 1997) descreve os tipos de isolamento, relativos a um *continuum* entre o isolamento e a integração:

- 1) os *isolados involuntários ou recentes* que, por motivos que não controlam (como por exemplo a saúde) ficam incapazes de manter o seu envolvimento social e sofrem uma diminuição acentuada dos seus níveis de funcionamento, nomeadamente o cognitivo;



- 2) os *isolados voluntários de longa data* que levaram uma vida inactiva e pobre do ponto de vista social, embora possam não apresentar sintomas de perturbação psicológica;
- 3) os *isolados precoces* que começaram a cortar a sua participação social em estádios precoces do seu desenvolvimento, formando um grupo bastante homogéneo de indivíduos não casados, mas comparativamente activos e independentes;
- 4) os *socialmente integrados*. Os dados apresentados pelo autor indicam que as mulheres são mais isoladas do que os homens mas, aparentemente, isso não as afecta tanto como a eles.

Por outro lado, uma condição do idoso, pelo menos na sua maioria, é o estado de viuvez, que vem agravar a sua solidão/isolamento. Paúl (1997) aponta que a existência de um amigo íntimo, ou confidente, permite tornar o processo de luto menos doloroso e uma melhor adaptação do idoso ao seu estado de viuvez.

Esta autora acrescenta ainda que na situação de viuvez, o papel das redes sociais familiares é decisivo na adaptação do idoso ao seu novo estado, e aponta nos vários estudos que verificam o apoio dado pelos filhos nestas circunstâncias. Refere ainda que os idosos sofrem várias perdas de pessoas da sua rede social (cônjuge, irmãos, amigos) e a entrada para um lar, subsequente ou não a estas perdas, também pode acarretar uma ruptura, mesmo que não total, nas suas relações.

Por fim, Pimentel (2000) considera que o idoso pode e deve ser um agente dinamizador da comunidade intervindo com uma postura reivindicativa que lhe permita assumir algum protagonismo social.

De facto, na nossa sociedade, o idoso é visto como um ser inactivo, um ser economicamente inútil. Deste modo, há que contrariar estas crenças e estabelecer redes de apoio social que procurem integrar de uma forma mais dinâmica e concreta os idosos na nossa sociedade. E porque cada vez mais a esperança de vida é acrescida, deve-se dessa forma, promover a qualidade de vida e bem-estar físico, psicológico e social. Consequentemente é necessário criar, por exemplo, espaços, cursos, lazeres, actividades desportivas, entre outros, que visam integrar e melhorar a vida e a qualidade de vida das pessoas de idade.





A institucionalização não é uma solução nem a solução, talvez e apenas para alguns casos, há que, encontrar soluções mais adequadas e mais adaptadas.



## CAPÍTULO III – MECANISMOS DE *COPING*

Após o diagnóstico de uma doença grave, a maioria das pessoas passa por um estado de choque que se caracteriza pelo facto do indivíduo ficar estupefacto e desorientado, comportando-se de forma automática, com sentimentos de indiferença em relação à situação (Shontz, 1975).

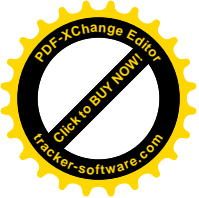
### 1. Conceito/Definição de *Coping*

O “*coping*” é um termo de origem anglo-saxónica, sem tradução para o português. É habitualmente apelidado como “estratégias de confronto” ou “formas de lidar”, que têm a ver com os mecanismos que o indivíduo utiliza para lidar com uma situação indutora de stress. De uma forma geral, é a maneira como as pessoas lidam com os seus problemas e doenças.

O conceito de *coping* tem sido ainda descrito como o conjunto das estratégias utilizadas pelas pessoas para se adaptarem a circunstâncias adversas ou stressantes.

Monat e Lazarus (1985, citado por Vaz Serra, 1988) referem-se ao *coping* enquanto esforço para lidar com as situações de ameaça, dano e desafio, quando não há disponível uma resposta automática. Esta necessidade de uma resposta dá, frequentemente, origem a afectos desconfortáveis como a ansiedade, o desespero, a culpa ou a vergonha, o alívio dos quais faz parte da necessidade de adaptação para o qual o *coping* tem um papel a realçar. As respostas escolhidas, enquanto processos de *coping* para lidar com as referidas situações, podem ir desde a aproximação ao problema para a sua resolução à fuga e/ou evitamento, e determinam, em grande parte, a qualidade de vida da pessoa.

O *coping* caracteriza esforços cognitivos e comportamentais para responder a exigências específicas, internas e/ou externas, que são avaliadas como excedendo, ou estando nos limites dos recursos do indivíduo. Estes autores conceptualizam o *coping* como um processo, ou seja, não é um traço de personalidade do indivíduo, nem um padrão



estável de resposta. O *coping* é visto como um processo que implica dinâmicas e mudanças em função de avaliações e reavaliações contínuas que são função das relações entre o indivíduo e o meio (Folkman & Lazarus, 1988).

As pessoas recorrem a estratégias de *coping* diferentes consoante a situação. Do mesmo modo as pessoas não usam uma ou outra estratégia de *coping*. Elas tendem a utilizar simultaneamente várias estratégias de *coping* em quase todas as situações stressantes, nomeadamente estratégias focadas no problema e estratégias focadas na emoção (Ribeiro e Santos, 2001).

O modelo transaccional de stress refere o *coping* como um processo ou uma interacção entre o indivíduo e o ambiente, cuja função, é gerir a situação stressora, e não dominá-la. Os processos de *coping* pressupõem uma avaliação, ou seja, a atribuição de significado, o que constitui uma mobilização de esforço, através da qual os indivíduos irão empreender esforços cognitivos e comportamentais para gerir (reduzir, minimizar ou tolerar) as exigências internas ou externas que surgem da sua interacção com o ambiente (Folkman & Lazarus, 1980, citado por Antoniazzi, Dell’Aglío & Bandeira, 1998).

O modelo de Folkman e Lazarus (1980) envolve quatro conceitos principais:

1. O *coping* é um processo ou uma interacção que ocorre entre o indivíduo e o ambiente;
2. O *coping* tem como função gerir a situação de stress;
3. Os processos de *coping* subentendem a noção de avaliação, ou seja, como todo o fenómeno de stress é percebido, interpretado e cognitivamente representado na mente do indivíduo;
4. O processo de *coping* constitui-se como uma mobilização de esforços, através da qual os indivíduos empreendem esforços cognitivos e comportamentais para reduzir, minimizar ou tolerar as exigências internas ou externas que surgem da sua interacção com o ambiente.



Em suma, o *coping* não é uma resposta automática e passiva, é um processo activo de interacção entre o indivíduo e o meio ambiente. Assim, a resposta que é iniciada para lidar e diminuir o stress no indivíduo, é mediada pelas características da situação e pela personalidade do indivíduo. Desta forma, podemos afirmar que não é possível dissociar o *coping* do *stress*.

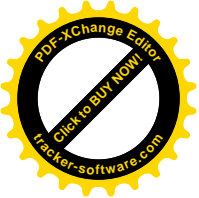
## 2. Stress

Todos os seres humanos são confrontados diariamente com situações indutoras de stress, quer sejam suscitadas por acontecimentos agradáveis ou desagradáveis, quer internos ou externos.

Quando ocorre uma resposta de stress surgem alterações de natureza biológica (no funcionamento dos sistemas nervoso vegetativo, endócrino e metabólico) de natureza cognitiva, comportamental e emocional. Este fenómeno apresenta consequências nefastas para o bem-estar físico e mental do indivíduo.

De acordo com Lazarus (1999), o stress representa a relação que se estabelece entre a carga sentida pelo ser humano e a resposta psicofisiológica que perante a mesma o indivíduo desencadeia. Salienta ainda que o stress varia entre as exigências situacionais/ambientais e a capacidade de lidar com elas. Assim, estamos perante uma situação indutora de stress quando a relação estabelecida entre o indivíduo e o meio ambiente é avaliada como excedendo os seus próprios recursos prejudicando, assim, o seu bem-estar. Deste modo, os recursos parecem insuficientes para lidar com as exigências colocadas pela situação. Perante determinada circunstância, cada indivíduo apresenta um diferente tipo de resposta de stress, havendo uma grande variabilidade de diferenças individuais e, no mesmo indivíduo, certas circunstâncias podem causar stress numa situação e podem não causar a mesma resposta noutra etapa de vida.

O stress é a relação que se estabelece entre as situações ou acontecimentos perturbadores e as reacções do organismo (sentimentos, pensamentos e comportamentos). Avaliada a situação como perturbadora, o indivíduo emprega estratégias de *coping* para



ultrapassar o conflito (Sordes-Arder, Fsian, Esparbés & Tap, 1996, referido por Costa & Leal, 2006).

Já White (1985) refere que as situações de stress, devido à sua componente repentina ou inusual, requerem, muitas vezes, que o indivíduo coloque de lado as suas formas habituais de lidar com os problemas e procure originar um comportamento novo que o permita ultrapassar a situação originadora de *stress*.

Por outro lado, a teoria de Lazarus, Folkman e Pargament (1997) defendem a importância de considerar que os eventos são interpretados pelas pessoas de acordo com os significados que têm para si. Dessa forma, o que torna uma experiência stressante não é o evento em si, mas as avaliações que as pessoas fazem da situação, o que leva à percepção do stressor como ameaça, dano ou desafio. Além disso, são analisados também os recursos disponíveis e responsabilidades ao lidar com a situação. Apontam ainda que as pessoas possuem um sistema de orientação que representa uma forma geral de compreender e lidar com as situações e que, em momentos de crise, o processo de *coping* é fortemente influenciado por esse sistema. Assim, as pessoas lidam com os problemas da forma que é possível em determinado momento, pois as opções de *coping* são limitadas pela pressão dos acontecimentos, pelo sistema de crenças predominante e pelas avaliações dos recursos disponíveis para enfrentá-los.

Lazarus e Folkman (1984, citado por Gonçalves, 2004), elaboraram o modelo transaccional de stress, que defende que a resposta de stress ocorre quando as exigências da situação ultrapassam os recursos comportamentais e cognitivos disponíveis no indivíduo. Assim sendo, o indivíduo avalia a situação, e dependendo do significado que esta representa para si, a sua reacção será determinada pela percepção da situação como mais ou menos ameaçadora (Lazarus & Folkman, 1984, referido por Leal & Costa, 2006).

Segundo os mesmos autores, através da avaliação primária e secundária, o indivíduo avalia o potencial stressante de uma situação e os recursos de coping necessários. Enquanto que na primeira, o indivíduo procura conhecer o significado que o evento poderá exercer sobre o seu bem-estar (positivo, negativo ou indiferente), na segunda, quando a situação é vista como negativa, ocorre a avaliação dos recursos disponíveis para enfrentá-la.



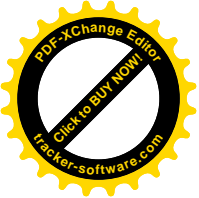
Posteriormente, Rudolph e colaboradores (1995) consideraram que o *coping* deveria ser entendido como um episódio, no qual há uma tentativa de separação entre três aspectos fundamentais: uma resposta de *coping*, um objectivo subjacente a essa resposta e um resultado. Tal resposta deve ser diferenciada de uma resposta de *stress*, que é não intencional e sem objectivo.

Nesta perspectiva, considera-se que a resposta de *coping* é uma acção intencional, física ou mental, iniciada em resposta a um stressor percebido, dirigida para circunstâncias externas ou estados internos (Lazarus & Folkman, 1984). E qualquer resposta envolvendo uma reacção emocional ou comportamental espontânea. Assim sendo, o objectivo de *coping* é geralmente orientada para a redução do *stress*. Ao propor este esquema, os autores salientam a diferença entre resultados de *coping*, que são as consequências específicas da resposta de *coping* e os resultados de *stress*, ou seja, as consequências imediatas da resposta de *stress*. Ambos podem promover, ou não, a adaptação do indivíduo.

Para estes autores, o episódio de *coping* faz parte de um processo que sofre influência de múltiplas variáveis. Dois conceitos encontram-se envolvidos nesse processo, os moderadores e os mediadores. Os moderadores são caracterizados como variáveis que afectam a direcção ou a intensidade da relação entre uma variável independente e uma variável dependente. Em termos de *coping*, essa variável seria aquela pré-existente que influenciaria o resultado de *coping*, mas que não seria influenciada pela natureza do stressor ou pela resposta de *coping*. Mais especificamente, os moderadores reflectiriam as características da pessoa (nível de desenvolvimento, género, experiência prévia, temperamento), do stressor (tipo, nível de controlabilidade), do contexto (influência paterna, suporte social), bem como a interacção entre esses factores.

### ***2.1. Estratégias de Coping***

Antoniazzi, Dell'Aglio e Bandeira (1998) afirmam que o *coping* tem sido estudado também em função de seus estilos, estratégias ou como processo. Assim sendo, os estilos estão



mais relacionados a características de personalidade do indivíduo ou aos resultados do próprio *coping*, enquanto que as estratégias referem-se a cognições ou a comportamentos direccionados a uma situação específica causadora de stress. No que diz respeito ao *coping* como processo, parte-se do princípio de que as respostas de *coping* apresentadas por uma pessoa podem mudar ao longo do tempo e de acordo com as exigências do contexto em que ocorre. Em suma, um indivíduo pode apresentar diferentes estratégias de *coping*, em situações distintas (Lazarus & Folkman, 1984).

Salienta-se três tipos de estratégias de *coping*: o *coping* focado no problema, o *coping* focado na emoção e mais recentemente o *coping* focado na interacção social (Folkman & Lazarus, 1980; Delongis & Newth, 1998). Estas estratégias correspondem às respostas do indivíduo, que têm como objectivo diminuir a carga física, emocional e psicológica subjacente aos acontecimentos indutores de stress (Snyder e Dinoff, 1999, in Serra, 2002). Assim, o *coping* focado na emoção é definido como um esforço para regular o estado emocional que é associado ao stress ou ao resultado de acontecimentos stressores. Este tipo de estratégia é empreendida ao nível somático e/ou nível de sentimentos, tendo como finalidade alterar o estado emocional do indivíduo.

No que diz respeito ao *coping* focado no problema, apresenta-se como um esforço para agir sobre a situação que deu origem ao stress, tentando modificá-la. A função desta estratégia consiste em alterar o problema existente na relação entre a pessoa e o ambiente (Folkman & Lazarus, referido por Antoniazzi *et al.*, 1998).

Quanto à opção por estratégias focadas no problema ou na emoção, de acordo com os mesmos autores, o *coping* focado no problema tende a ser usado em situações avaliadas como modificáveis, enquanto que o *coping* focado na emoção, tende a ser mais utilizado nas situações avaliadas como inalteráveis.

Relativamente ao *coping* focado na interacção social, na busca de relações interpessoais (Antoniazzi *et al.*, 1998) ou, ainda, nas práticas religiosas e distracção (Seidl, Tróccoli & Zannon, 2001; Vitalino, Russo, Carr, Maiuro & Becker, 1985, referido por Faria & Seidl, 2005), mediante as quais, o sujeito procura a resolução da situação stressante.

Segundo a teoria de coping de Lazarus e Folkman (Lazarus, 1992) a maior parte das pessoas recorre a cerca de oito estratégias de *coping* em todos os acontecimentos de stress:



- *Coping* Confrontativo: caracteriza os esforços agressivos de alteração da situação e sugere um certo grau de hostilidade e de risco;
- Distanciamento: caracteriza os esforços cognitivos de desprendimento e minimização da situação;
- Auto-Controlo: caracteriza os esforços de regulação dos próprios sentimentos e acções;
- Procura de Suporte Social: caracteriza os esforços de procura de suporte informativo, suporte tangível e suporte emocional;
- Aceitar a Responsabilidade: reconhecimento do próprio papel no problema e concomitante tentativa de recompor as coisas;
- Fuga-Evitamento: caracteriza os esforços cognitivos e comportamentais desejados para escapar ou evitar o problema;
- Resolução Planeada do Problema: caracteriza os esforços focados sobre o problema deliberados para alterar a situação, associados a uma abordagem analítica de solução do problema;
- Reavaliação Positiva: Descreve os esforços de criação de significados positivos, focando o crescimento pessoal. Tem também uma dimensão religiosa.

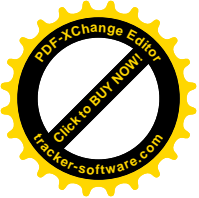
Estes autores constataam que:

- a) nenhuma estratégia é intrinsecamente boa ou má;
- b) deve ter-se em conta o contexto quando se avalia o *coping*;
- c) é importante ter em conta se determinado processo de *coping* se ajusta aos aspectos pessoais e situacionais na interacção pessoa-meio.

Assim sendo, as estratégias que são eficazes num dado momento podem não o ser noutro, como já referido anteriormente. De facto, Joyce-Moniz (1988, referido por Barros, 1999) salienta que a melhor adaptação provém, precisamente, da capacidade de variar e adequar o estilo de *coping* à avaliação da situação.

De forma geral, o *coping* activo com estratégias mais abertamente activas e concretas, revela ser mais eficaz, através de estudos que o vêem mais consistentemente associados com um bom ajustamento do que estratégias de evitamento, e que estas últimas se relacionam mais com o aumento do *distress* psicológico (Taylor e Aspinwall, 1993 in Matos, 1995; Band, 1990 e Peterson, 1989 in Barros, 1999). No entanto, Cleto (1998)





refere que nem sempre é possível lidar directamente com o indutor de stress, no caso de catástrofes naturais, de perdas irreparáveis, como a morte.

No caso de um diagnóstico de doença crónica, por exemplo, será importante a aceitação de uma condição irreversível. Para a reacção à doença, Ball *et al.* (2003) defende que são ainda determinantes as experiências desenvolvimentais e o temperamento. Alguns autores defendam a importância de reconhecimento da doença crónica pelo próprio e dos benefícios de se trabalharem as emoções, em casos de experiências stressantes ou traumáticas (Horwitz, 1976; Kübler-Ross, 1969 citado por Stanton *et al.*, 2000).

### **3. O coping e a religião**

Salienta-se que o *coping* religioso é influenciado pela cultura, uma vez que, esta pode modelar as avaliações da situação, o sistema de orientação das pessoas no mundo e as estratégias de *coping* que podem ser ensinadas e privilegiadas em determinado contexto sociocultural (Faria & Seidl, 2005).

Matos (1989) refere que dada a forma como se processa a aprendizagem das estratégias, pela relação com quem se está mais próximo e com a cultura, são estas que vão transmitir os modos adequados de antecipar, avaliar e lidar com os problemas.

Assim sendo, Tix e Frazier (1998, referido por Faria & Seidl, 2005) denominaram o *coping* religioso de estratégias cognitivas ou comportamentais advindas da religião ou da espiritualidade do indivíduo, para lidar com as situações stressoras. Muitas pessoas atribuem a Deus o aparecimento ou a resolução dos problemas de saúde que as acometem e recorrem frequentemente a ele como recurso cognitivo, emocional ou comportamental para enfrentá-los (Pargament, 1990).

Nesse processo de *coping*, o indivíduo é visto como um agente proativo que se orienta por um sistema de valores e de crenças preestabelecido. Constatam-se assim que nem todas as pessoas usam estratégias relativas à religião no seu processo de *coping*.



Pargament e Park (1995), de forma inovadora em relação a posições de grandes teóricos como Freud e Marx, opõem-se à pressuposição de que a religião teria a função apenas de proteger o indivíduo da confrontação com a realidade (por recusa ou distorção dos factos reais). De acordo com os autores, existe um suporte empírico para funções diversas da religião, tais como alívio, conforto e consolo, procura de significado para problemas relevantes da existência, procura de intimidade (pela participação em rituais que favorecem a interacção entre pessoas), procura da compreensão de si próprio e procura do sagrado. Defendem ainda que a religião pode servir a diferentes propósitos de modo concomitante, pois as funções citadas anteriormente não são excludentes. Nessa perspectiva, a religião passa a ser concebida como parte do processo de solução de problemas e não como estratégia defensiva ou de recusa.

No âmbito da promoção da saúde e da prevenção de doenças, Dull e Skokan (1995) afirmam que as crenças religiosas tanto podem favorecer a adopção de comportamentos saudáveis (como redução do consumo de cafeína, de álcool e outras drogas), como a não-adesão a práticas preventivas, devido ao desenvolvimento de um optimismo irrealista relativo à protecção. No caso de doença, os autores defendem que as crenças religiosas funcionam como mediadores cognitivos pela interpretação dos eventos adversos de forma positiva, o que pode favorecer a adaptação e o ajustamento das pessoas à condição de saúde.

Estes autores e também Siegel e colaboradores (2001), desenvolveram modelos teóricos em que defendem a concepção de que crenças e práticas religiosas são mediadoras no processo saúde-doença, devido ao desenvolvimento de esquemas cognitivos que podem aumentar os recursos pessoais de *coping*, permitindo atribuir significado aos acontecimentos stressores (Faria & Seidl, 2005).

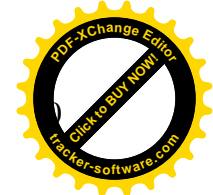
Siegel *et al.* (2001) destacam também o papel da religião na facilidade do acesso a redes de suporte e de integração social nas instituições religiosas e nas suas congregações. Complementarmente, Ellison (1994) observa que sujeitos que costumam recorrer a instituições religiosas em tempos de doenças crónicas. De facto, estas estão historicamente identificadas com a oferta de apoio emocional, prática assistencial e caridade aos doentes e necessitados.



#### 4. Estratégias de *coping* na terceira idade

Na literatura, encontramos muitos exemplos de percepção negativa do envelhecimento como um período de múltiplas perdas, perda de cônjuge, amigos, papéis sociais, rendimentos e saúde. Segundo Pfeiffer (1997), estas perdas são uma fonte de stress.

Uma das características do envelhecimento está ligada às perdas físicas, sociais e psicológicas e a alguns défices que acarretam e com os quais os indivíduos têm de lidar. Com o desenvolvimento dos cuidados médicos e das condições de vida no geral, houve um aumento do número de indivíduos com uma idade avançada, que necessitam de auxílio para obter nesta etapa uma melhor qualidade de vida. Com este aumento na esperança da vida, temos, consequentemente, pessoas que vivem cada vez mais anos, e estas estão também mais vulneráveis a certo tipo de doenças cardíacas e cancerígenas e outras comuns a esta fase como a Demência, Alzheimer, Parkinson, entre outros.



## CAPÍTULO IV – SAÚDE, DOENÇA E QUALIDADE DE VIDA

### 1. Conceito de Saúde

Após a segunda guerra mundial, a Organização Mundial de Saúde (OMS), na sua constituição de 1947, define saúde como o estado de completo bem-estar físico, psíquico e social, e não apenas a ausência de doença e de enfermidade (OMS, 1978).

Na década de 70 ocorreu uma mudança radical no modo dos políticos e dos cientistas conceptualizarem a saúde, dando origem ao que ficou conhecido por Segunda Revolução da Saúde (Michael, 1982; a Richmond, 1979 – in Ribeiro, 1994) que teve duas características essenciais: passou a centrar-se sobre a saúde e menos sobre a doença. Assim sendo, esta perspectiva considera a saúde pela positiva, isto é a capacidade, o potencial, a realização, ao invés da incapacidade, da impotência (Ribeiro, 1994).

Os conceitos introduzidos pela segunda revolução da saúde são particularmente importantes para os países desenvolvidos. Salientam-se então dois conceitos centrais, específicos e inovadores: *promoção da saúde* e *estilo de vida*.

A *Promoção da Saúde* é um conceito multidisciplinar, de que têm sido produzidas inúmeras definições, que inclui aspectos organizacionais, económicos, ambientais, a par de estratégias visando, em última análise, a mudança de comportamento conducente à adopção de um estilo de vida saudável (Breslow, 1987; Goodstadt, Simpson & Loranger, 1987; Kaplan, 1984; Noack, 1987; O'Donnell, 1986, 1989; Rentmeester & Hall, 1982 – in Ribeiro, 1994).

Relativamente ao conceito de *Estilo de Vida*, a Organização Mundial de Saúde define como “conjunto de estruturas mediadoras que reflectem as actividades, atitudes e valores sociais” (WHO, 1986 referido por Ribeiro, 1994) ou como: “aglomerado de padrões comportamentais, intimamente relacionados, que dependem das condições económicas e sociais, da educação, da idade e de muitos outros factores” (WHO, 1988 citado por Ribeiro, 1994).



Ribeiro (1994) salienta que a definição da OMS, além de possuir importantes características subjacentes à evolução sofrida pelo conceito de saúde nos últimos vinte anos, marca também uma ruptura com o modelo bio-médico tradicional, no sentido em que defende que:

- a saúde não é, apenas, ausência de doença;
- a saúde se manifesta ao nível do bem-estar e da funcionalidade;
- a saúde se manifesta nos níveis, mental, social e físico;
- os aspectos físico, mental e social, estão juntos numa coalescência sistémica tornando-os interdependentes;
- a saúde se define por uma configuração de bem-estar que resulta de uma auto-avaliação, da expressão de uma opinião pessoal acerca de si próprio.

Dos parâmetros de saúde delineados inicialmente pela OMS derivaram três grandes objectivos missionários na prestação de cuidados de saúde: o controlo dos sintomas, a diminuição da mortalidade e o aumento da expectativa de vida.

É de salientar que a noção de saúde implicando o aumento da longevidade, de maior quantidade de vida, implica, acima de tudo, maior qualidade de vida. De facto, segundo a OMS, mais importante que a quantidade de anos que se vive é a qualidade de anos vividos.

Por outro lado, O'Donnell (1986, referido por Ribeiro, 1994) defende que a saúde contém cinco dimensões, cada uma delas incluindo várias áreas que devem coexistir equilibradamente, isto é:

- *saúde emocional* que implica a gestão do stress e os cuidados com as crises emocionais;
- *saúde social* que engloba relações com amigos, família e comunidade;
- *saúde intelectual* que abrange a educação, o desenvolvimento da carreira e a realização intelectual;
- a *saúde espiritual* que inclui aspectos como o amor, a esperança, a caridade, os objectivos de vida;
- e a *saúde física* que envolve a condição física, a alimentação, os cuidados médicos e o controlo do abuso de substâncias.



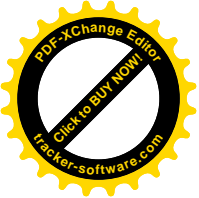
Thoresen e Eagleston (1985, p.32 – in Ribeiro, 1994), resumem do seguinte modo o que está implícito no conceito de saúde:

- 1) a saúde é o estado habitual dos indivíduos e está subjacente à capacidade das pessoas implementarem acções de rotina, como por exemplo, comer, fazer exercício, relaxar, relacionar-se com os outros, etc.;
- 2) a saúde é mais do que a ausência objectiva de patologia fisiológica e específica;
- 3) a saúde existe num contínuo temporal dinâmico, flutuando em resposta adaptativa às exigências percebidas pelo indivíduo, tanto internas como externas que ocorrem ao longo do tempo;
- 4) a saúde não pode ser compreendida independentemente do contexto físico e social, sem ser como parte do equilíbrio ecológico;
- 5) a saúde envolve a energia disponível para realizar determinadas tarefas com sucesso;
- 6) a saúde fica debilitada quando há insuficiente energia e/ou perícias para satisfazer as exigências da vida do dia a dia e para manter um sentimento de equilíbrio e de harmonia.

## **2. Conceito de Doença**

De acordo com o modelo biomédico da Medicina, as doenças advêm do exterior do corpo, invadindo-o e causando mudanças físicas, ou têm origem em mudanças físicas internas involuntárias. São causadas por um variado número de factores, incluindo desequilíbrios químicos, bactérias, vírus e predisposição genética (Ogden, 1999). Na medida em que as doenças são encaradas como algo que surge a partir das mudanças biológicas que se encontram fora do controlo do sujeito, os indivíduos não são considerados responsáveis pelas suas doenças: são vistos como vítimas de uma força externa que provoca mudanças internas (Ogden, 1999).

A doença deve ser concebida como um conceito interactivo complexo: acontecimentos específicos ocorrem em consequência da interacção de causas múltiplas. Acrescente-a ainda que a combinação de causas é passível de conduzir a novos sintomas.



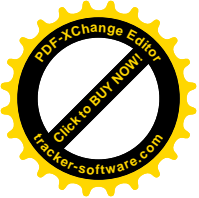
Segundo Ribeiro (1994), dentro da concepção de doença podem-se identificar vários quadros que a língua portuguesa não diferencia. Por exemplo, a língua inglesa utiliza três termos – *disease*, *illness*, *sickness* – para identificar os diferentes quadros, que em português se poderiam expressar como, ter uma doença, sentir-se doente e comportar-se como doente. Para Barondess (1979 – in Ribeiro, 1994):

- *Disease*, ter uma doença – pode ser visto como um acontecimento biológico, caracterizado por mudanças anatómicas, fisiológicas, bioquímicas, ou por uma sua combinação.
- *Illness*, sentir-se doente – consiste uma configuração de desconforto e desorganização psicossocial, resultante da interacção do indivíduo com o seu meio, trata-se de um acontecimento humano e não biológico.
- *Sickness*, comportar-se como doente – é vista como uma identidade social, um estatuto ou um papel assumido por pessoas que foram rotuladas como não saudáveis.

Assim sendo, é possível sentir-se doente (*illness*) sem ter nenhuma doença (*disease*), e existir doença (*disease*) sem se sentir doente (*illness*). Por outro lado é possível também, encontrar doenças em indivíduos que exibem boa saúde. Deste modo, o sentir-se doente (*illness*) e saúde não são compatíveis, esta abordagem deu ênfase ao desenvolvimento da noção de qualidade de vida relacionada com a saúde (*health related quality of life*).

A Psicologia da Saúde sugere que os seres humanos devem ser vistos como sistemas e que a doença é causada por uma multiplicidade de factores e não por um único factor causal (Ogden, 1999). Esta autora salienta ainda que por este motivo, a Psicologia da Saúde tenta afastar-se de um simples modelo linear de saúde e sustenta que a doença pode ter origem numa combinação de factores biológicos (por exemplo, um vírus), psicológicos (por exemplo, comportamentos, crenças) e sociais (por exemplo, emprego).

Esta abordagem reflecte o modelo biopsicossocial de saúde e doença, que foi desenvolvido por Engel (1977 e 1980, citado por Ogden, 1999). Este representou uma tentativa para integrar o psicológico (“psico”) e o meio ambiente (“social”) no modelo de saúde biomédico tradicional (“bio”), e fazia-o da seguinte forma:



1) os contributos biológicos incluíam a genética, os vírus, as bactérias e os defeitos estruturais;

2) os aspectos psicológicos da saúde e da doença eram descritos ao nível das cognições (por exemplo, expectativas acerca da saúde), emoções (por exemplo, medo do tratamento) e comportamentos (por exemplo, fumar, fazer dieta, fazer exercício ou consumir álcool);

3) os aspectos sociais ligados à saúde eram descritos através das normas sociais de comportamento (por exemplo, a norma social de fumar ou não fumar), das pressões para a mudança de comportamentos (por exemplo, expectativas do grupo de pares, pressão parental), dos valores sociais relativos à saúde (por exemplo, se a saúde era vista como algo bom ou mau), da classe social e do grupo étnico.

Ogden (1999) refere ainda que sendo a doença vista como o resultado de uma combinação de factores, o indivíduo já não é encarado pura e simplesmente como uma vítima passiva. Assim reconhecer, por exemplo, o papel do comportamento na origem da doença significa que os indivíduos podem ser considerados responsáveis pelo seu estado de saúde e pelas suas doenças.

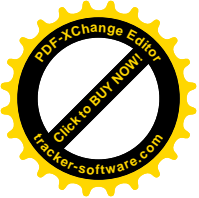
Relativamente ao conceito de doenças crónicas, nos termos do Despacho nº 861/99 de 10 de Outubro, doença crónica é uma doença de longa duração, com aspectos multidimensionais, com evolução gradual dos sintomas e, potencialmente incapacitante, que implica gravidade pelas limitações nas possibilidades de tratamento médico e aceitação pelo doente cuja situação clínica tem de ser considerada no contexto da vida familiar, escolar e laboral, que se manifeste particularmente afectado.

Ribeiro (1994) refere que segundo Blanchard as doenças crónicas definem-se por não terem cura e terem de ser geridas em vez de curadas, ou seja, impõem ao indivíduo mudanças no seu estilo de vida, de modo a poder conviver diariamente com este tipo de doenças e manter uma qualidade de vida adequada.

Na realidade, a maior parte das pessoas com situações crónicas têm comorbilidade, entendida como a presença simultânea de múltiplas doenças crónicas.

### **3. Qualidade de vida**





Uma nova visão do conceito de saúde viria a ser apresentada pelo Grupo da Qualidade de Vida da OMS em 1994 como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto de cultura e sistema de valores nos quais está inserido e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações”

O interesse e aplicabilidade da expressão qualidade de vida na área da saúde decorre sobretudo da definição de Saúde assumida pela Constituição da Organização Mundial de Saúde – OMS (1948) como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente como a ausência de doença, como já referido esta definição implica que as iniciativas de promoção de saúde não sejam apenas dirigidas ao controlo de sintomas, diminuição da mortalidade ou aumento da expectativa de vida, mas valorizando igualmente aspectos como o bem-estar e a qualidade de vida.

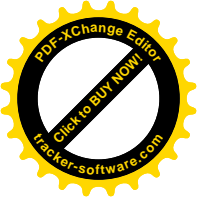
A Organização Mundial de Saúde através do Group WHOQOL (World Health Organization Quality of Life) define ainda qualidade de vida como a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais se insere e em relação com os seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL Group, 1994).

Esta definição abarca uma concepção abrangente de qualidade de vida, influenciada de forma complexa pela saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e suas relações com aspectos do meio envolvente em que o indivíduo está inserido (WHOQOL Group, 1995).

O envolvimento da OMS com qualidade de vida também significou uma forma de re-afirmar o seu comprometimento com a promoção de uma visão holística de saúde e de cuidados em saúde (*ibidem*).

A Direcção Geral de Saúde (1995) define a qualidade de vida como sendo a percepção por parte dos indivíduos ou grupos, de que as suas necessidades são satisfeitas e não lhes são negadas oportunidades para alcançar um estado de felicidade e realização pessoal em busca de uma qualidade de existência acima da mera sobrevivência.

Bowling (1994) inclui no conceito de qualidade de vida o bem-estar social, tornando-o mais vasto que o estado de saúde pessoal. O autor faz referência à capacidade funcional que abrange o desempenho funcional, à qualidade e intensidade da interacção social e comunitária, ao bem-estar psicológico, a sensações somáticas e à satisfação com a vida. Inclui ainda as componentes do ambiente, habitação, comunidade, relacionados com o



conforto e segurança; características da situação de trabalho, factores educacionais, financeiros e demográficos e medidas de capacidade individual para lidar com situações de stress, de apoio e suporte social, auto-estima, auto-imagem e nível de aspirações.

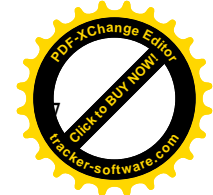
Para Ware (1992), a qualidade de vida é um conceito muito mais abrangente que o de saúde, embora este seja juntamente com outros, um dos indicadores utilizados para a medição da qualidade de vida. Ribeiro (1994), citando estes autores, perspectiva a saúde como um dos principais domínios e, provavelmente, o mais importante para a própria qualidade de vida. O termo qualidade de vida assume uma natureza geral, incluindo mas não se centrando exclusivamente em aspectos relacionados com a saúde, e abrangendo, igualmente, outras condições que podem influenciar a percepção, emoções e comportamentos do indivíduo no seu dia-a-dia (Bullinger *et al.*, 1993; Fleck, 1999; Rapley, 2003 – in Canavarro *et al.*, 2006).

A expressão qualidade de vida tem sido empregue de forma cada vez mais frequente nas últimas décadas. No entanto, enquanto conceito científico pode revelar-se ambíguo a não ser que seja objecto de uma definição precisa (Wolfensberger, 1994 referido por Canavarro *et al.*, 2006).

Alguns autores (Cummins, 1997; Rapley, 2003 citado por Canavarro *et al.*, 2006) que procuraram efectuar um enquadramento histórico do conceito, situam o aparecimento de definições operacionais de qualidade de vida, na primeira metade do século XX, associadas a uma abordagem economicista, baseada em indicadores sociais.

Para Fernández-Ríos e Garcia-Fernández – in Simón (1999), o conceito de qualidade de vida tem estado relacionado historicamente com o de “felicidade”, e este por sua vez com o de “virtude” e “bem-estar” (Argyle, 1992; Bradburn, 1969; Diener, 1994; Fordyce, 1988; Garcia-Riaño, 1991; Marias, 1989; Nordenfelt, 1993; Strack, Argyle e Schwarz, 1991;).

Cummins (1997 citado por Canavarro *et al.*, 2006) considera que o ponto de viragem para uma forma “moderna” ou de cariz individualista de conceptualizar a qualidade de vida se associa a uma abordagem americana da qualidade de vida, bem patente, de acordo com o identificado por vários autores (Fleck, 1999; Noll, 2000), no discurso do Presidente dos Estados Unidos Lyndon Johnson, proferido em 1964, em que referiu que: “a sociedade evoluída está preocupada não com a quantidade mas com a



qualidade; não com a quantidade de bens, produtos ou serviços que se possam comprar ou adquirir mas com a qualidade de vida que estes proporcionam às pessoas”.

Canavarro *et al.*, refere ainda que a partir da segunda metade do século XX termos como “felicidade”; “satisfação com a vida”, “bem-estar”; “prosperidade”; “liberdade de escolha”; “realização pessoal”, passam a surgir na literatura associados ao debate sobre o significado de qualidade de vida, dificultando a delimitação científica do conceito.

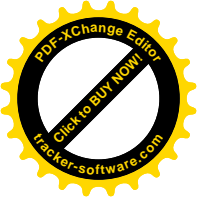
Por outro lado, Lopes (2000) enfatiza que o trabalho é um dos factores mais significativos na conquista e manutenção da qualidade de vida para os seres humanos. Quando associado à ideia de satisfação e realização pessoal, amplia as possibilidades de uma sobrevida saudável e digna e assegura, sobretudo, o papel social do indivíduo no meio em que se encontra inserido.

Verifica-se que ao longo do desenvolvimento, o trabalho ou uma actividade/lazer é fundamental para a qualidade de vida e esta influencia o desenvolvimento físico, cognitivo e emocional.

Segundo Fernández-Ríos e Garcia-Fernández – in Simón (1999), qualquer definição da qualidade de vida deveria incluir algum, ou alguns, dos seguintes aspectos:

- 1) as capacidades cognitivas, comportamentais e de bem-estar emocional;
- 2) o sentimento subjectivo de bem-estar e satisfação vital;
- 3) as condições sócio-materiais objectivas de existência e a percepção subjectiva das mesmas (aspecto subjectivo);
- 4) a satisfação derivada das condições materiais reais e concretas e psicológicas das pessoas;
- 5) a percepção subjectiva do nível de saúde pessoal e sua capacidade para comportar-se de uma forma subjectivamente satisfatória;
- 6) a percepção da utilidade do significado de viver e a satisfação das necessidades básicas do ser humano.

Verifica-se que a ideia de qualidade de vida tem vindo a ser discutida a um nível genérico, frequentemente assente em recomendações vagas e gerais que visam a melhoria das condições de vida das populações. Trata-se de uma ideia consideravelmente abrangente, que não deixa de encerrar algumas ambiguidades advindas, em boa medida, das múltiplas



aproximações teóricas e dos vários contextos sócio-espaciais a que se refere. Explica-se, assim, a dificuldade de obter significados consensuais ou um acordo sobre os elementos a medir e monitorizar para avaliar a qualidade de vida de determinada população.

### ***3.1. Qualidade de vida relacionada com a saúde***

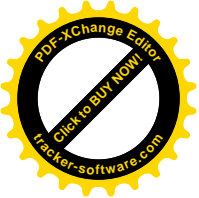
A definição de saúde tem influenciado fortemente a definição de qualidade de vida. A ligação do termo qualidade de vida ao estado de saúde decorreu da clássica definição de saúde da Constituição da OMS (1948) como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente como a ausência de doença.

Canavarro *et al.* (2006) enfatizam que a valorização de critérios mais alargados do que a diminuição da mortalidade, aumento da esperança de vida ou controlo de sintomas passaram deste modo a ser privilegiados. No entanto, segundo estes autores, também na literatura clínica termos como “estado de saúde”, “impacto da doença”, “invalidação da doença” surgem associados, de forma directa ou inversa, à qualidade de vida, contribuindo para a confusão conceptual.

Ribeiro (1994) realça a necessidade de desenvolver novos modos de perspectivar a saúde e as doenças, salientando-se a necessidade de implementar mecanismos de promoção e protecção da saúde, de prevenção e remediação das doenças que parecem ser minorizadas no modelo médico tradicional.

Este autor salienta ainda que o conceito de qualidade de vida generalizou-se a ambientes clínicos, intitulando-se qualidade de vida relacionada com a saúde (Health Related Quality of Life) e que em contextos clínicos, os termos qualidade de vida e estado de saúde são, geralmente, utilizados de forma sobreposta e que esta pode ser considerada uma medida de qualidade de vida num momento particular.

Ribeiro (1994) refere ainda que para Schipper, Chinch e Powell (1990), a qualidade de vida é um conceito subjectivo, pois a percepção individual diverge da percepção do clínico, que se exprime através de quatro aspectos: funcionamento ocupacional e físico, estado psicológico, interacção social e sensações somáticas.



Patrick e Deyo (1989, citado por Ribeiro, 1994) explicam que a qualidade de vida relacionada com a saúde é um termo abrangente que cobre cinco categorias de conceitos: duração de vida, invalidez, estados funcionais, percepções e oportunidades sociais.

Parece que em contextos de doença, qualidade de vida, saúde, e qualidade de vida relacionada com a saúde, são termos utilizados, frequentemente, como sinónimos (Ribeiro, 1994).

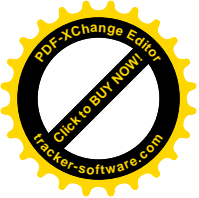
### 3.2. Avaliação da Qualidade de vida

A avaliação da qualidade de vida é recente e tem-se centrado historicamente, no funcionamento psicossocial, na resposta afectiva, na diminuição dos sintomas e no funcionamento ocupacional (Ribeiro e Guterres, 2002).

Os esforços para medir a qualidade de vida tiveram início em 1960, reflectindo a preocupação com o desenvolvimento da qualidade de vida e bem-estar da população num período de grande desenvolvimento económico. Ribeiro (1994 e 1998) defende que devem ser considerados os aspectos ambientais da qualidade de vida e que seriam avaliados por organizações não pertencentes ao sistema de saúde abrangendo as componentes: qualidade da água, do ar, qualidade da escolaridade, oportunidades culturais, densidade populacional, estatuto sócio-económico e social, espírito comunitário e outros.

Na maioria dos casos, as técnicas de avaliação respeitam as características relativas à conceptualização da qualidade de vida relacionadas com a saúde, sendo exemplo das mais utilizadas (Ribeiro, 1994):

- *Sickness Impact Profile (SIP)* (Berger, et al., 1976) – é constituída por 136 itens distribuídos por 12 categorias contempladas em três domínios: físico, psicossocial e um outro formado por categorias independentes de que são exemplo: descansar/dormir, comer, trabalhar, etc. O questionário pode ser auto-administrado ou passado por um entrevistador.
- *Nottingham Health Profile* (Hunt, Mc Ewan e McKenna, 1986) – tem 38 itens distribuídos por seis dimensões: mobilidade, dor, sono, reacções emocionais, energia e isolamento social. É auto-administrado.
- *The Quality of Well-Being Scale* (Kaplan, Bush e Berry, 1976) – com 50 itens incluído, tem múltiplas alternativas de resposta e abrange os domínios de cuidados



personais, mobilidade, institucionalização, actividades sociais, sintomas e problemas.

- *Short-Form-36 Health Survey – SF-36* – da Rand Corporation e Jonh E. Ware (1990) – tal como a Short Form-20 Health Survey, é um dos instrumentos de medida mais promitentes referenciados com frequência que derivam do Health Insurance Experiment (Brook et. al., 1979). Segundo a literatura foi um dos primeiros, ou talvez mesmo o primeiro, a ser conceptualizado de origem para avaliar o estado de saúde, conforme preconizada pela OMS (WHO, 1948). Ainda segundo Ribeiro, é uma das versões mais divulgadas e utilizadas na geração de instrumentos de avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde, quer em populações com doença, quer para os contextos de saúde em geral.

O Sf-36 foi construído para representar oito conceitos importantes da saúde: função física, desempenho físico, dor, saúde geral, vitalidade, função social, desempenho emocional e saúde mental.

Dos múltiplos instrumentos disponíveis para a avaliação geral da qualidade de vida, e em função da sua ampla utilização na literatura especializada, Fernández-Ríos e García-Fernández – in Simón (1999) destacam:

- *The Quality of Life Questionnaire* (Evans e col., 1985). Evans e colaboradores (1985) e Evans e Cope (1989) construíram um questionário auto-aplicado para avaliar a qualidade de vida dos indivíduos em diversos domínios ecológicos e através de várias áreas específicas. O questionário consta de 192 itens agrupados em 15 escalas. Os principais domínios são: bem-estar geral; relações inter-pessoais; actividade organizacional; lazer e actividade ocupacional; actividades recreativas. Este instrumento permitir avaliar a qualidade de vida mas também para desenvolver e implementar programas de intervenção preventiva.
- *Quality of Life Inventory* (Frisch, 1988). Frisch (1988, 1992, 1994) e Frisch e colaboradores (1992) utilizaram como sinónimos os conceitos de satisfação vital e qualidade de vida para se referir a avaliação subjectiva do grau de satisfação das necessidades, metas e desejos mais importantes. Neste questionário são avaliadas 17 áreas: saúde, auto-consideração, filosofia de vida, nível de vida, trabalho, tempo de lazer, aprendizagem, criatividade, serviço social, acções cívicas, relações



íntimas, amizade, relações com os filhos, relações familiares, lar, vizinhança, e comunidade.

- *World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL)* (World Health Organization, 1993). A Organização Mundial da Saúde construiu um instrumento para a avaliação transcultural da qualidade de vida que vai mais longe do que os indicadores tradicionais da saúde. Abarca os seguintes domínios, com uma percepção objectiva e subjectiva da qualidade de vida: domínio físico; domínio psicológico, nível de pertença; ambiente; espiritualidade, religião e crenças pessoais.

### ***3.3. Qualidade de vida e doença crónica em idosos***

As doenças crónicas são muito variadas e potencialmente podem afectar qualquer um dos sistemas fisiológicos do indivíduo, podendo enunciar-se, entre muitas outras, o cancro, a doença renal, a doença respiratória, a esclerose múltipla, a artrite reumatóide e algumas doenças mentais. As suas características comuns são o facto de serem doenças de longa duração, afectarem profundamente a vida dos indivíduos, visando mais o controlo dos sintomas do que a sua cura.

O projecto de vida é alterado pela emergência de uma doença que, de forma mais ou menos profunda, vai mudar a vida das pessoas, provavelmente com repercussões em todas as áreas. Esta mudança no curso de vida dos indivíduos exige um grande esforço de adaptação a uma nova vida e suscita habitualmente mudanças de planos no projecto de vida.

Acrescentam ainda que, com bastante frequência, há ainda uma baixa no rendimento económico dos agregados familiares dos doentes crónicos, fazendo com que, ao sofrimento psicológico e físico, se juntem dificuldades materiais que diminuem a qualidade de vida pessoal e familiar.

Existe um processo de adaptação à doença crónica, pois, como apontam Paúl e Fonseca (2001), as expectativas iniciais dos doentes vão também no sentido da cura e durante algum tempo resistem à aceitação de um prognóstico que aponta um futuro que,



mesmo estável, é muitas vezes progressivamente incapacitante e coloca a pessoa a um nível de desempenho inferior.

Salientam ainda que é frequente os próprios doentes tornarem-se especialistas sobre a sua doença e só depois conseguirem controlar o impacto da doença sobre si próprios. As doenças crónicas implicam, geralmente, uma grande aprendizagem por parte do paciente para lidar com os seus sintomas no dia-a-dia. É frequente que toda a vida do doente crónico se organize em função do tratamento necessário.

Estes autores defendem ainda que o acesso à informação é também fundamental para os doentes serem capazes de adoptar estratégias adequadas e reduzir a incerteza. De facto, um dos grandes objectivos, nestas situações, será sempre o de assegurar o máximo de autonomia aos indivíduos.

Desde os anos 50 que a temática das percepções de saúde tem sido uma das variáveis mais vezes utilizadas na investigação no âmbito da Saúde e da Gerontologia. Embora seja uma variável revestida de alguma complexidade, é inegável a sua utilidade na construção de estratégias preventivas que mantenham e melhorem a saúde e a qualidade de vida das pessoas idosas (Leinonen, Heikkinen & Jilhä, 1999 – in Rodrigues e Leal, 2002).

Associada ao envelhecimento populacional, a doença crónica é um dos principais responsáveis pelo desfasamento entre a curva de mortalidade e de morbilidade, ou seja, o afastamento entre a esperança de vida e a qualidade de vida. Segundo Paúl e Fonseca (2001), verifica-se um efeito directo da doença crónica na qualidade de vida dos indivíduos afectados e dos que lhes estão próximos, bem como, a um nível macro, nas economias dos países que assumem para si as responsabilidades de saúde e de segurança social destes cidadãos incapacitados.

Embora o envelhecimento não tenha como consequência inequívoca a deterioração do estado de saúde, a convivência com doenças crónicas é genérica para a maioria das pessoas idosas, sendo que algumas podem ser afectadas por duas ou mais condições simultaneamente.

Segundo Paúl e Fonseca (2001), verifica-se que a doença crónica é influenciada pelas características psicológicas do idoso, pelo seu estilo de vida e pelo contexto que o rodeia, interferindo de forma mais ou menos negativa – conforme a própria morbilidade da doença e os recursos de coping de que o indivíduo dispõe – com o estado de ânimo do idoso.





Paralelamente, Kempen, Jelicic e Ormel (1997, citado por Paúl e Fonseca, 2001) referem que as características de personalidade, como o neuroticismo e a auto-eficácia, são tomadas como especialmente importantes no processo de coping com a doença crónica, influenciando de modo significativo, senão a qualidade de vida relacionada com a saúde, pelo menos a percepção que as pessoas têm dessa mesma qualidade.

No caso concreto do nosso país, é necessário aumentar e melhorar os cuidados prestados aos idosos, através de medidas várias que tenham em consideração os aspectos psicossociais da saúde e do bem-estar, privilegiando não tanto os tratamentos agudos mas sobretudo a prestação de cuidados continuados que permitem um aumento da qualidade de vida no sentido mais abrangente do termo (Paúl e Fonseca, 2001).

### ***3.4. Qualidade de vida e Insuficiência renal crónica***

As doenças crónicas, têm assumido um papel cada vez mais relevante no nosso sistema de saúde, exigindo terapêutica diária, com muito desgaste físico e psicológico principalmente para o doente, mas também para os seus familiares e até para os profissionais de saúde.

Gomes e Ribeiro (2002) referem que no caso da insuficiência renal crónica é, particularmente, uma doença que acarreta uma mudança importante no comportamento e no modo de vida do doente, influenciando a sua qualidade de vida, que passa obviamente pela sua saúde mental, e em que a terapêutica por hemodiálise ou diálise peritoneal se torna indispensável para a sua sobrevivência. Acrescentam ainda que qualquer factor que pudesse introduzir uma melhoria da qualidade de vida do insuficiente renal seria benéfico para uma população de doentes que, só em Portugal, é constituída por cerca de 6000 indivíduos.

Verifica-se também que a idade média dos indivíduos tratados aumentou consideravelmente após 20 anos, passando de 49 para 61 anos (Jacobs, 1995; Mallick, 1996).

As preocupações subjacentes à qualidade de vida dos insuficientes renais tem motivado, em particular desde a década de 70, um aprofundado estudo dos problemas



específicos dos doentes com insuficiência renal e das formas de ultrapassar ou mitigar o seu sofrimento.

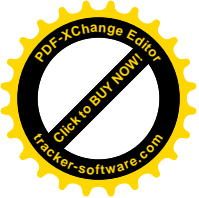
No estudo de Gomes e Ribeiro (2002) sobre qualidade de vida onde é comparado doentes hemodialisados trabalhadores e não trabalhadores, apontam que a qualidade de vida do doente está intimamente relacionada com o seu funcionamento relativamente ao nível ocupacional, nomeadamente, entre outros, o papel emocional do doente.

Esta última considera a existência de quatro domínios necessários ao funcionamento razoável do sujeito, entre os quais se destaca o psicológico que engloba itens como a depressão, a ansiedade, o ajustamento à doença, entre outros. Fallowfield afirma ainda que um funcionamento psicológico saudável que está relacionado com a estabilidade emocional, permite ao indivíduo adaptar-se à doença, utilizando adequadas estratégias de *coping* face à situação.

Paralelamente, Marques (1991 – in Gomes e Ribeiro, 2002) enfatiza a relação entre o papel emocional do doente e a sua doença crónica. Este autor refere ainda que as doenças com evolução crónica e carácter invalidante levam, frequentemente, a problemas de culpabilização, uma vez que grande percentagem destas situações estão ligadas a comportamentos de risco (estilos de vida), em que a exposição aos agentes agressores têm uma grande componente de responsabilidade pessoal; a alimentação, o stress, o sedentarismo, o álcool, o sono e a falta de medidas higiénicas e profiláticas têm um papel determinante e prendem-se com opções individuais que sustentam o papel emocional do indivíduo.

Ridder e Schreurs (1996, citado por Ribeiro, 1999) afirmam que os doentes crónicos expressam satisfação com o suporte social emocional e prático, enquanto que o suporte social informativo, especialmente quando provém de amigos e familiares, é visto como interferência indesejável.

Outros autores referem que a satisfação com o suporte social disponível é uma dimensão cognitiva com um importante papel na redução do mal-estar (Lakey & Drew, 1997; Bishop, 1994). Por outro lado, Hohaus e Berah (1996, referido por Ribeiro, 1999) referem que a satisfação com o suporte social é uma das variáveis que estão associadas à satisfação com a vida.



Paralelamente, Turner (1982) concluiu que o suporte social poderá actuar primeiramente como um amortecedor do impacto da doença, mas também poderá oferecer protecção.

Oliveira (2001) declara que o suporte social funciona como um mecanismo amortecedor perante situações particularmente difíceis como é o caso de problemas de saúde graves.

Quando estão no hospital ou em casa, as pessoas doentes ficam isoladas, incapacitadas de participar nas actividades habituais. O doente que deixou de trabalhar, é incapaz de participar nas actividades sociais, restringindo o acesso à interacção social, o que provoca nele uma percepção de suporte social reduzida que vai interferir de forma negativa na sua saúde (Dowdy, 1997).

Deste modo, o emprego ou uma actividade, por exemplo, uma actividade desportiva, poderá ser considerado um factor de impacto na qualidade de vida do doente hemodialisado, melhorando-a e sendo relevante na sua reabilitação; ou, o que é mais provável, tanto o trabalho ou actividade/lazer como uma boa condição psicossomática inicial serem ambos factores determinantes numa melhor qualidade de vida dos doentes em hemodiálise (Gomes e Ribeiro, 2002).



## **CAPÍTULO V— MODELOS DE ADAPTAÇÃO À DOENÇA CRÓNICA**

### **1. Doença Crónica**

Ribeiro (1998) refere que a doença crónica diz respeito a todas as doenças de longa duração. Tendem a prolongar-se por toda a vida do doente, e provocam invalidez em graus variáveis, devido a causas não reversíveis. A doença crónica exige formas particulares de reeducação, que obrigam o doente a seguir determinadas prescrições terapêuticas, e exige também a aprendizagem de um novo estilo de vida, que necessitam de controlo periódico, de observação e tratamento regulares.

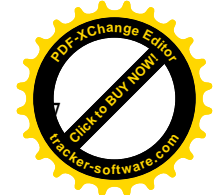
As doenças crónicas acompanham o indivíduo toda a vida, sem que a encurtem, enquanto que outras, de prognóstico mais reservado, chegam a comprometer a sobrevivência; quanto à sintomatologia pode ser constante ou permitir alguns períodos de ausência de sintomas; umas têm pequenas implicações nas rotinas do dia-a-dia, mas outras têm grandes limitações da funcionalidade, exigindo a adesão a tratamentos, por vezes, extremamente perturbadores e incapacitantes (Barros, 1999).

A doença crónica não é uma experiência meramente individual e subjectiva; mas sim interpessoal e social. A definição ou o significado individual dado à doença influencia o mundo social do indivíduo e é por ele profundamente influenciado. A cultura social, bem como a rede social, são formadas pelas experiências individuais. Nesta perspectiva, o significado de doença é negociado e definido em interações correntes e está profundamente embebido no mundo social (Atwood, 1996).

Para Sarafino (1990), o desenvolvimento da doença crónica considera-se largamente determinado pelos comportamentos de estilo de vida.

Lavigne e Faier-Routman, 1992, referido por Pless e Stein, 1996) acrescentam que quem sofre deste tipo de doença é mais susceptível de vir a padecer de outras perturbações (sejam somáticas, emocionais ou comportamentais), uma vez que, está continuamente exposto a situações de stress psicossocial.

Segundo Trindade (2000), quando os sujeitos já estão doentes o comportamento também continua a ser relevante, designadamente na prevenção de complicações e de evoluções mais desfavoráveis e, também, no que concerne aos comportamentos de adesão



aos tratamentos médicos e às actividades de autocuidados importantes para o controlo da doença e que, em última análise, podem contribuir para a melhoria da qualidade de vida.

Para cada estágio de uma doença crónica é possível implementar determinadas acções, visando anular ou diminuir o impacto desta sobre o sujeito. Este tipo de prevenção varia de doença para doença, já que cada uma exige diferentes modos de acção (Meneses e Ribeiro, 2000).

Por outro lado, Mausner e Kramer (citado in Ribeiro, 1998) caracterizam diversos estádios de doença, designando o último destes por “estado de incapacidade”, que se caracteriza por qualquer redução temporária ou prolongada da actividade de uma pessoa como resultado de uma situação aguda ou crónica.

### ***1.1. Adaptação à doença crónica***

A mudança de comportamentos e de estilo de vida é muitas vezes relevante em sujeitos com doença crónica, particularmente porque da redução de comportamentos de risco e da adopção de comportamentos saudáveis dependerá frequentemente um controlo mais eficaz da doença, a prevenção de complicações, melhor qualidade de vida e sobrevivência mais longa (Trindade, 2000).

Segundo esta autora, os sujeitos com doença crónica podem confrontar-se com problemas diversos em diferentes áreas: problemas físicos associados a incapacidade funcional; dificuldades laborais, necessidades de reconversão profissional ou mesmo de reforma antecipada; dificuldades familiares e de interacção social. E do ponto de vista psicológico podem ser relevantes problemáticas relacionadas com a imagem do corpo, auto-estima, fragilização do Eu, etc.

Viver com uma doença crónica implica necessariamente uma tentativa de reconstrução da vida própria, envolvendo estratégias específicas para lidar com os sintomas, com as consequências percebidas com a doença e com o ajustamento à doença no âmbito das relações sociais (Paúl e Fonseca, 2001).

Estes autores acrescentam que face à sua nova condição os próprios doentes se automarginalizam e, no caso de algumas doenças crónicas, vivenciem o estigma a elas associado, pelo que a desejada reconstrução de uma nova identidade e a busca de um novo sentido para a vida se tornem tarefas demoradas e difíceis.



Salientam ainda que um mundo que sobrevaloriza a capacidade de realização pessoal e em que o quotidiano das pessoas tem uma organização cada vez mais complexa reserva pouco espaço a este tipo de doentes, frequentemente dependentes dos outros, para quem constituem uma sobrecarga física, psicológica e financeira, propícia à exclusão social.

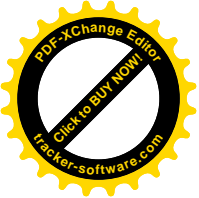
O processo de adaptação à doença crónica é contínuo e dinâmico, afectando toda a vivência do indivíduo.

Shontz (1975, citado por Ogden, 1999) descreveu as fases de coping que os indivíduos atravessam após o diagnóstico de uma doença crónica:

- O *choque*: inicialmente depois de diagnosticada uma doença grave, a maioria das pessoas passa por um estado de choque. O estado de choque caracteriza-se pelo facto de o indivíduo ficar estupefacto e desorientado, comportando-se de forma automática, com sentimentos de indiferença em relação à situação.
- *Reacção de defrontar*: após a fase de choque, segue-se uma fase de defrontar. Esta fase caracteriza-se por um pensamento desorganizado e sentimentos de perda, luto, desamparo e desespero.
- *Retraimento*: é a terceira fase do processo de lidar com um diagnóstico. Shontz afirmou que esta era caracterizada pela negação do problema e das implicações, e por um retraimento *no self* para si mesmo.

Este autor refere ainda que se por um lado o choque é uma resposta inicial, moderadamente coerente, muitas pessoas que se tornam doentes não se desorganizam e não manifestam comportamento de fuga. Estes doentes manifestam mesmo mais controlo na aceitação da doença e estruturam as suas vidas em função das necessárias adaptações.

Trindade (2000) salienta que são frequentes as dificuldades no confronto e adaptação à doença crónica, em particular quando algumas respostas psicológicas que são normais e esperáveis (como a negação, a ansiedade e a tristeza) em certos sujeitos dificultam a procura de cuidados ou a adesão a exames e tratamentos médicos. No entanto, e segundo a autora, a percepção de controlo pessoal e o optimismo parecem ter um papel protector, uma vez que se associam a menor relato de sintomas físicos, maior envolvimento em comportamentos saudáveis e melhor recuperação.



Refere ainda que são de esperar menos dificuldades nos processos de confronto com o stress da doença crónica quando os sujeitos usam múltiplas estratégias de confronto adaptáveis a diferentes problemas colocados pela doença e percepcionem suporte social de qualidade.

Para Meyerowiz (1983), a crença das pessoas na identificação da doença, bem como a causa, a duração e as suas consequências, são importantes para antever a habilidade com que se ajustarão a ela.

Segundo Quilliam (1993), existem cinco padrões e atitudes de comportamentos que um doente pode apresentar:

- O *doente passivo* – é o que aceita o tratamento sem questionar sem colocar nada em causa e sem fazer sugestões. É o que se esquece de tomar a medicação e de cumprir, por exemplo, as restrições dietéticas que são fundamentais para a sua sobrevivência;
- O *doente medroso* – é o que, com facilidade, entra em pânico perante a mínima contrariedade, receia sempre o pior e culpa todos os profissionais de saúde por tudo o que de mal lhe acontece.
- O *doente argumentador* – é o que foi ler aos livros científicos sobre a patologia que o afecta, bem como sobre o tratamento e medicação que lhe são ministradas. Aceita poucos conselhos e fica irritado se aquilo que o profissional de saúde faz o contraria.
- O *doente agressivo* – é o que descarrega toda a sua hostilidade nos profissionais de saúde. Utiliza um tom de voz elevado, a par de uma linguagem corporal agressiva, queixando-se com frequência de situações passadas.
- O *doente violento* – é o que começa por abuso verbal e mostra uma crescente falta de controlo, podendo proferir ameaças. Estas situações não são muito frequentes, no entanto, se não forem controladas, as ameaças podem conduzir à violência contra bens e pessoas.

Quanto à Corbin e Strauss (1995 – referido por Paúl e Fonseca, 2001) existem tarefas que são necessárias desenvolver face à doença crónica:

- Uma tarefa relativa a doença crónica, em que o indivíduo tenta prevenir e lidar com a crise, com os sintomas e com o diagnóstico;



- Tarefas relativas à vida quotidiana, que têm a ver com as actividades do dia-a-dia e com as actividades instrumentais relativas à casa, ao trabalho, aos filhos e amigos;
- Tarefas de reconstrução biográfica, para encontrar novo sentido para a própria existência.

Em seguida, é apresentado um conjunto teórico de modelos, baseado essencialmente em Bradford (1997), que pretendem explicar como actuam os factores de risco e de resiliência no ajustamento/adaptação à doença.

De facto, tem-se atribuído mais atenção a constructos como o risco, a resiliência e o desenvolvimento (Pless e Stein, 1996). Estes autores enfatizam que, segundo Garmezy (1991), a resiliência referir-se-á à capacidade de recuperar ou manter o comportamento adaptativo, após um primeiro impacto de dificuldade com o factor de stress, como se se tratasse do reverso da vulnerabilidade, e que terá a ver com a resistência ao stress, mas não com invulnerabilidade ou impenetrabilidade dos indutores de stress.

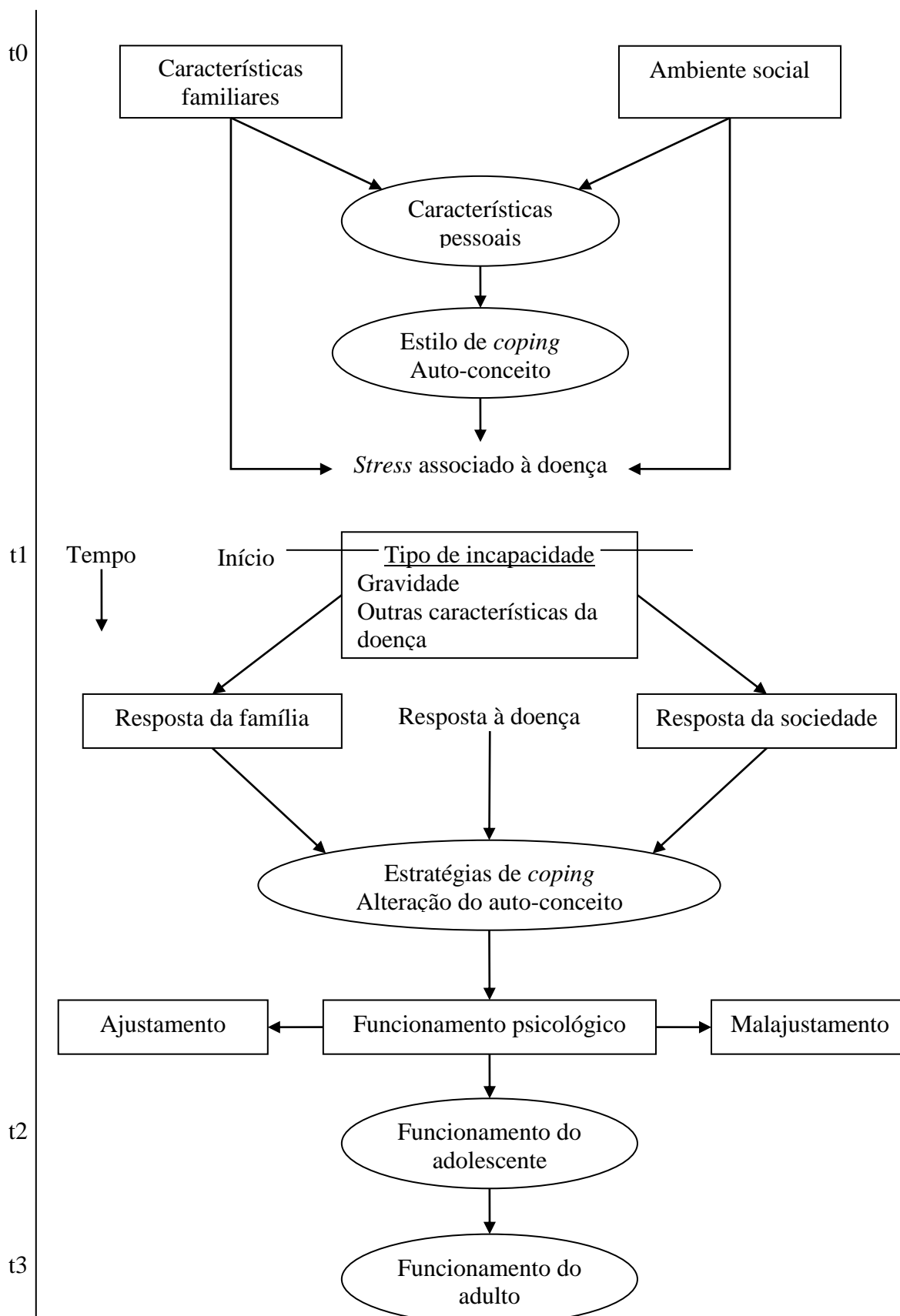
### ***1.1.2. Modelo Integrador de Pless e Pinkerton (1975)***

Estes autores propõem um modelo que se refere à adaptação do indivíduo à sua própria doença crónica (Figura1). Este modelo foi um dos primeiros a enfatizar o papel dos processos psicológicos na adaptação, e constituir-se como precursor de outros modelos.

A adaptação é perspectivada, segundo Pless e Pinkerton (1975), como determinada multifactorialmente pelas interacções entre o sujeito e o meio ambiente. Varia ao longo do tempo e, em qualquer momento, o funcionamento psicológico é o resultado de interacções que se estabeleceram anteriormente.

De acordo com Monteiro *et al.* (2002), sublinha-se três aspectos decorrentes deste modelo: a doença crónica é vista como um agente de stress; por outro lado, a adaptação é perspectivada como sendo determinada de forma múltipla através de um processo dinâmico de transacções recíprocas entre o indivíduo e o seu meio ambiente; e, por último, é salientado a importância das estratégias de coping no processo adaptativo. Segundo Bradford (1997), este modelo pode ser questionável ao nível da relação causa-efeito. Para este autor, existem “pontos de transição” na vida do indivíduo.





**Figura 1:** Modelo Integrador de Pless e Pinkerton (1975)



### ***1.1.3. Modelo da crise de vida de Moos e Tsu (1977)***

O modelo conceptual desenvolvido por Moos e Tsu (1977) incorpora as abordagens psicológicas do stress e perspectiva a doença crónica como uma crise de vida. Este modelo defende que a avaliação cognitiva do significado da crise como podendo ser desencadeadora de tarefas adaptativas em que estratégias de coping poderão ser aplicadas. O processo de avaliação cognitiva, a percepção das tarefas envolvidas, e a selecção das estratégias de coping mais relevantes são influenciados, fundamentalmente, por três factores: os associados às características pessoais e a sua vivência; os relacionados com a doença; e, aqueles que interactivam com o meio físico e sócio-cultural.

Neste modelo, e segundo Monteiro *et al.* (2002), a crise não só afecta a pessoa com a doença crónica, mas também a família e amigos, a quem são exigidos, muitas vezes, algumas das mesmas tarefas psicossociais adaptativas.

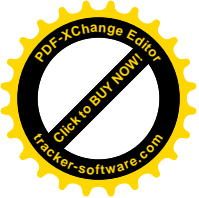
Os autores apontam sete parâmetros relacionados com a doença, estando três deles associados especificamente à doença e quatro com a vida em geral.

As tarefas relacionadas com a doença compreendem:

- 1) lidar com os sintomas de desconforto, dor e incapacidade;
- 2) lidar com o stress associado aos tratamentos e hospitalizações;
- 3) desenvolver e manter uma relação adequada com a equipa de saúde que, por vezes, inclui vários técnicos de diferentes disciplinas com dificuldades de comunicação, de coordenação e opiniões divergentes.

As tarefas adaptativas gerais consistem em:

- 1) preservar o equilíbrio emocional para lidar com sentimentos/emoções decorrentes da doença (revolta, ansiedade, isolamento);
- 2) manter uma auto-imagem satisfatória e um sentido de competência e de mestria;
- 3) cuidar da relação entre a família e os amigos que, muitas vezes, é sujeita a mudanças decorrentes das separações físicas que a doença implica;
- 4) preparar a família para um futuro incerto em que paira a ameaça de uma perda significativa, enquanto simultaneamente se mantém a esperança da presença.



Moos e Tsu (1977) salientam que a importância das tarefas adaptativas depende das características da pessoa, da própria doença/incapacidade e dos recursos existentes. Um dos recursos intrapessoais que influenciam o cumprimento das tarefas, sejam adaptativas ou gerais, são as estratégias de coping. De acordo com este modelo, este termo refere-se ao processo de confronto do indivíduo na sua adaptação face à adversidade. O coping tem duas funções: defensiva (protecção face à ameaça), e de resolução de problemas (aplicação de conhecimentos, competências, e técnicas para se confrontar com as exigências, por exemplo sociais). Os autores descrevem estratégias habitualmente usadas para lidar com as tarefas adaptativas associadas à doença. Referem-se quatro conjuntos de estratégias de coping: negação e minimização da gravidade da situação; procura de informação ou apoio social; aprendizagem de resolução de problemas e de procedimentos específicos relacionados com a doença; e possibilidade de uma justificação para a doença (por exemplo: ser um modelo para os outros) (Monteiro *et al.*, 2002).

Numa tentativa de explicar a variabilidade de respostas associados ao stress derivado da doença, Moos e Tsu propõem três factores:

- 1) características pessoais e do meio familiar: idade, desenvolvimento emocional e cognitivo, crenças religiosas, experiências anteriores;
- 2) factores relacionados com a doença incluindo diagnóstico, curso da doença e o prognóstico;
- 3) factores do ambiente físico e sócio-cultural que incluem aspectos que podem contribuir para o stress e funcionar como recursos de apoio e ajuda.

Estes três factores interrelacionáveis, mas, no entanto, a sua relação para com os resultados é mediada por processos de avaliação cognitiva, tarefas adaptativas e estratégias de coping que se influenciam mutuamente.

Monteiro *et al.* (2002) destacam um aspecto importante que este modelo apresenta em relação ao anterior é o facto de salientar o papel da avaliação do sujeito ou da família acerca da doença. Dessa forma, a crise pode resultar no crescimento e maturação pessoal se o indivíduo/família lida com ela de forma bem sucedida ou resultar em perturbação psíquica, se respostas maladaptativas são estabelecidas.

Este modelo faz ainda referência a tarefas adaptativas que podem ser um contributo valioso na execução de programas de intervenção com os doentes e suas famílias.



#### ***1.1.4. Modelo de Ajustamento e Resposta Adaptativa da Família de McCubbin e Patterson (1983)***

McCubbin e Patterson (1983) conceptualizam o stress familiar em quatro vertentes: os problemas/exigências, as capacidades, os significados (avaliações), as consequências ou resultados.

O resultado dos esforços para conseguir um funcionamento equilibrado traduz-se em termos de ajustamento ou adaptação familiar (Monteiro *et al.*, 2002). Existem duas fases no modelo: a de ajustamento e a de adaptação, e a separá-las um momento de crise.

Na fase de ajustamento, as famílias resistem à mudança tentando resolver os seus problemas através de capacidades que já possuem. Quando há um balanço negativo entre as capacidades existentes e os problemas, aparece a crise.

Durante a fase de adaptação, as famílias procuram restaurar o equilíbrio adquirindo novos recursos e comportamentos adaptativos, reduzindo os problemas/exigências ou alterando a forma como enfrentam a situação (Patterson, 1988).

Segundo este autor ainda, o funcionamento familiar e rede de apoio social são vistos como um recurso ou redutor da gravidade da doença.

Em suma, a ideia subjacente deste modelo é a que, quando há necessidade de enfrentar problemas ou exigências, a família tenta manter a sua homeostase usando as capacidades e recursos que já possui, atribuindo os seus significados à situação/problema e à forma como deve lidar com ela, usando as suas capacidades, enquanto factor principal para conseguir um funcionamento equilibrado. O ajustamento ou a adaptação familiar serão o resultado final dos seus esforços.

As famílias evoluem por ciclos contínuos de ajustamento, crise e adaptação (conferir figura 2).

Este modelo salienta que a adaptação é um processo contínuo, em que o ajustamento não é alcançado, mas vai sendo alcançado, com alternância de fases de adaptação e desequilíbrio.



**Figura 2:** Modelo de Ajustamento e Resposta Adaptativa da Família de McCubbin e Patterson (1983)

Este modelo integra também a ideia da crise tal como no modelo anterior Moos e Tsu (1977) e aponta várias questões pertinentes. De facto, este modelo distingue os conceitos de ajustamento e adaptação. Na fase de adaptação, a família, após a crise, tenta



restaurar a homeostase através quer da aquisição de novos recursos e estratégias de *coping*, quer da redução das exigências, que enfrenta e/ou da modificação dos significados e percepções associadas à situação. Dependendo da natureza e extensão da crise, a modificação do significado pode incluir mudanças na identidade familiar (regras, papéis, mudanças de rotinas) ou na visão do mundo (Monteiro *et al.*, 2002).

Por outro lado, este modelo realça os efeitos interactivos entre o funcionamento individual e familiar (Patterson, 1988). O agente de stress (diagnóstico de doença crónica) tem um impacto na família mudando, potencialmente, os seus padrões de funcionamento. O impacto no indivíduo e na família é circular e contínuo ao longo do tempo. Uma mudança numa pessoa do sistema tem implicações em todo o sistema, e um melhor funcionamento do sistema tem repercussões em todos os elementos.

#### ***1.1.5. Teoria da Crise de Moos e Shaefer (1984)***

Para estes autores, o diagnóstico da doença crónica representa uma crise, uma ameaça.

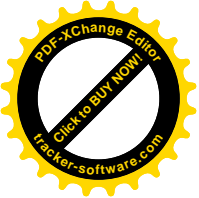
Este modelo centra-se, principalmente, na forma como as pessoas respondem e como lidam com as grandes crises e transições da vida.

A participação dos factores de risco existe no momento da avaliação da situação de crise e consequentemente é analisado o estilo de coping mais adequado a situação.

Esses factores de risco são resumidos em quatro categorias:

- variáveis demográficas: tal como a idade e o sexo;
- variáveis pessoais: por exemplo, a maturidade e o temperamento;
- variáveis da doença: como a visibilidade ou a gravidade;
- variáveis do ambiente: como o apoio social e o espaço onde a pessoa se movimenta.

Moos e Shaefer (1984) apontam a forma como o estilo de coping utilizado pela pessoa não é inerentemente adaptativo ou maladaptativo, podendo um determinado estilo ser eficaz numas situações e não ser noutras. Estes autores referem ainda que o ajustamento é influenciado pelo auto-conceito e pelo estilo de coping.



### ***1.1.6. Modelo de Stress e Coping de Lazarus e Folkman (1984)***

Lazarus e Folkman (1984) defendem que o stress e o coping envolvem interacções contínuas entre a pessoa e o seu meio ambiente. O stress ocorre quando as exigências excedem os recursos pessoais ou as suas capacidades para lidar com a situação. Segundo este modelo, o coping é entendido como o processo de resolução de problemas através do qual o indivíduo tenta lidar com a discrepância entre as exigências que lhe são colocadas e os recursos que tem à sua disposição. Assim sendo, o coping diz respeito aos constantes e mutáveis esforços cognitivos e comportamentais utilizados pelo indivíduo para lidar com o stress. Dessa forma, o stress e o coping consistem em interacções e ajustamentos contínuos entre o sujeito e o ambiente.

Estes autores propuseram um modelo que identifica dois conceitos centrais para a compreensão das respostas ao stress: a avaliação cognitiva e o coping.

A avaliação cognitiva envolve a avaliação individual acerca da exigência constituir uma ameaça ao seu bem-estar, e se tem ou não recursos disponíveis para a enfrentar. Esta avaliação abrange duas componentes que Lazarus e Folkman denominam de avaliação primária e secundária. Na avaliação primária, o indivíduo avalia se um acontecimento particular é irrelevante, benéfico ou desencadeia stress. Se corresponde à última situação é depois avaliado como envolvendo perda, ameaça ou desafio. A perda refere-se ao dano ocorrido, a ameaça à expectativa de futura perda e o desafio à oportunidade de adquirir crescimento e competências. A avaliação secundária corresponde à avaliação do indivíduo acerca da sua capacidade para lidar com a situação (Monteiro *et al.*, 2002).

Salientam ainda que após a avaliação do problema e a determinação dos recursos disponíveis, o indivíduo procura ultrapassar a situação seleccionando as estratégias de *coping*.

Lazarus e Folkman (1984) distinguem duas funções importantes no *coping*: primeiro, a mudança da situação para melhor, isto é, resolver o problema se possível; segundo manejar os componentes emotivos relacionados com o stress (somáticos e subjectivos).

As duas funções, podendo ser opostas uma da outra, podem, no entanto, apoiar-se mutuamente.

Estes autores, segundo Monteiro *et al.* (2002), classificam as respostas de *coping* como focadas no problema, com comportamentos designados para obter informação, para



alterar o acontecimento e para modificar crenças e compromissos. Assim sendo, dizem respeito aos esforços para lidar com as fontes de stress, mudando o comportamento que mantém o problema e/ou alterando as condições ambientais. As estratégias focadas nas emoções aumentam o nível de conhecimento e o leque de opções cognitivas e comportamentais. Agem por forma a reduzir a ameaça do significado atribuído ao acontecimento. As estratégias focadas na emoção apelam a mudanças psicológicas com vista a limitar o grau de perturbação emocional desencadeado pelo acontecimento, com esforços mínimos para o alterar.

O modelo sugere cinco categorias de recurso de coping: materiais, redes sociais; crenças; competências de resolução de problemas; saúde; energia e moral.



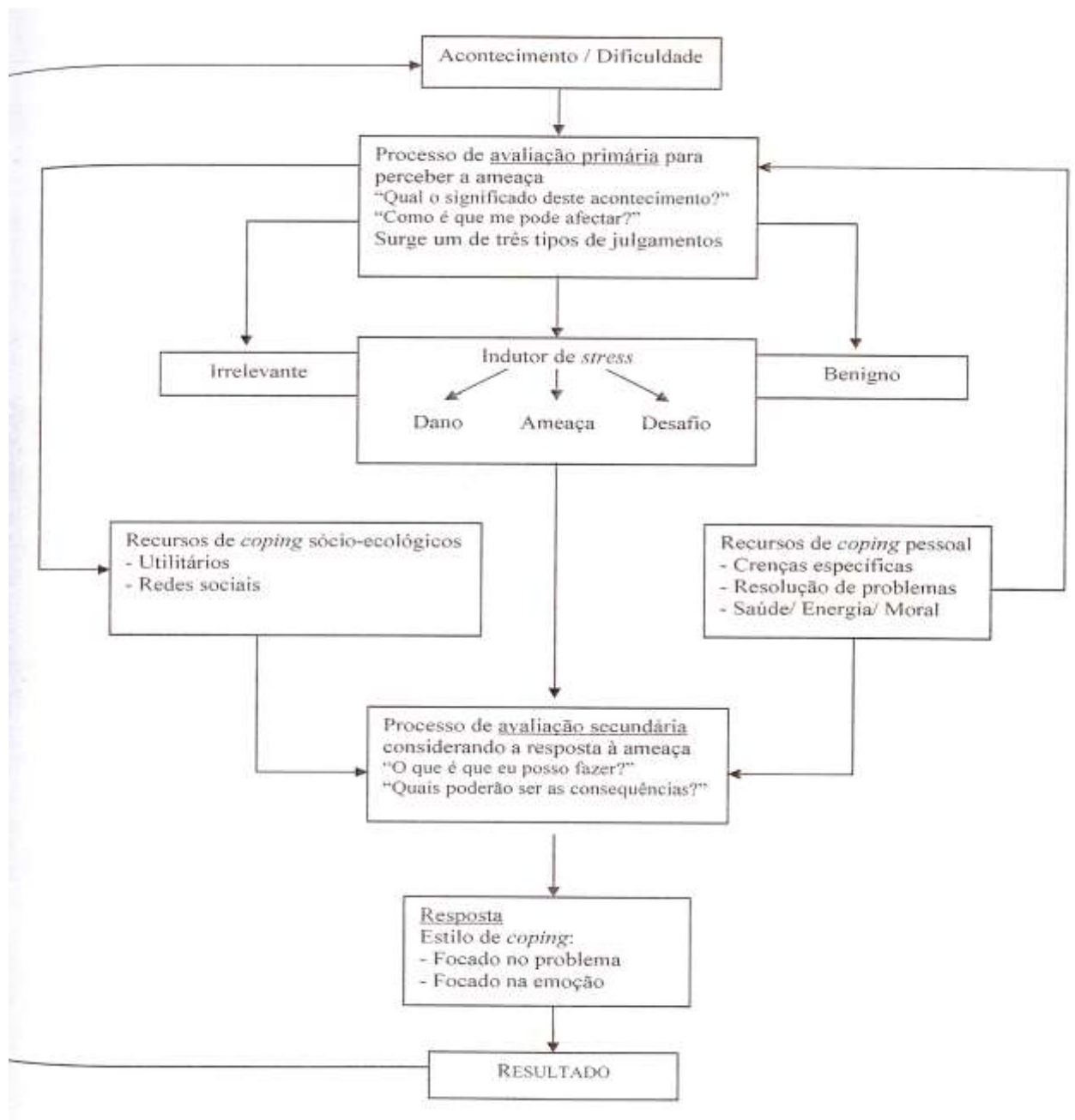


Figura 3: Modelo de Stress e Coping de Lazarus e Folkman (1984)

Para Monteiro *et al.* (2002), um contributo importante deste modelo relaciona-se com os diversos significados que um mesmo acontecimento indutor de stress pode ter para diferentes pessoas. Por outro lado, o modelo sublinha também a forma como cada indivíduo avalia os recursos que tem à sua disposição e as consequências da sua utilização. Este modelo enfatiza, relativamente aos anteriores, a especificidade individual face a um mesmo acontecimento.



### ***1.1.7. Modelo Integrador de Wallander et al. (1989)***

Este modelo centra os problemas de adaptação à doença crónica e à deficiência, nas consequências de situações indutoras de stress e nas limitações que trazem consigo, mais do que na doença especificamente.

Para este modelo, os factores de risco e de resiliência são determinantes na adaptação e modificáveis. Os factores de risco compreendem parâmetros associados à deficiência e à doença crónica. O impacto destes factores de risco na adaptação é, no entanto, moderado por três tipos de factores de resiliência: intrapessoais (por exemplo: capacidade de resolução de problemas); sócio-ecológicos (por exemplo: meio familiar, apoio social, etc.); e recursos de *coping* (por exemplo: avaliação cognitiva e estratégias de *coping*).

Estes factores relacionam-se com a adaptação de forma directa e indirecta. Por outro lado, uma boa adaptação pode resultar do facto da doença implicar poucas restrições à família ou de esta apresentar apoios sociais eficazes que podem funcionar como “tampões” (buffer) moderadores dos níveis de stress.

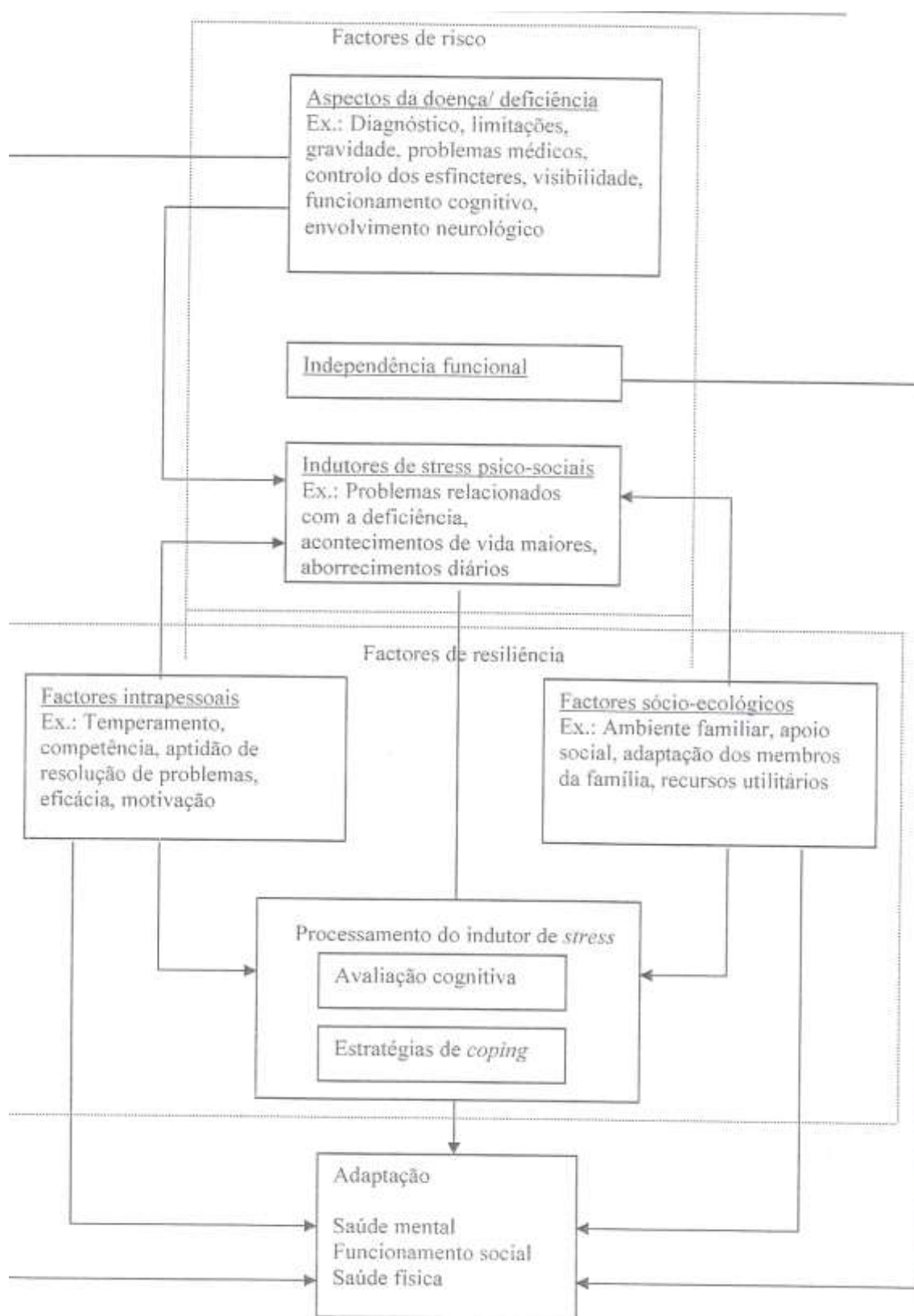


Figura 4: Modelo Integrador de Wallander et al. (1989)



### ***1.1.8. Modelo Transaccional de Stress e Coping (Thompson et al., 1994)***

Este modelo insere-se na teoria dos sistemas ecológicos de Bronfenbrenner (1977). Neste modelo a doença crónica é perspectivada como um factor desencadeador de stress ao qual a família e o indivíduo têm de se adaptar. A relação doença-resultados é conceptualizada como sendo função das interações entre os processos biomédicos, desenvolvimentais e psicológicos. Os parâmetros associados à doença propriamente dita e à sua gravidade. Os parâmetros demográficos incluem o sexo, a idade e o nível sócio-económico.

Tendo por base o contributo do modelo de stress e coping de Lazarus e Folkman (1984) a escolha dos processos mediadores psicossociais a serem incluídos neste modelo baseou-se em dois critérios: por um lado, as evidências empíricas de que estes processos podem reduzir o impacto do stress; e por outro, considerando a teoria dos sistemas ecológicos, a adaptação psicológica é afectada pelos níveis de stress e sintomas experienciados por outros membros da família.

Existem três processos mediadores psicossociais que foram incluídos no modelo de modo a contribuir para a adaptação psicológica dos adultos com doença crónica (Gustafson, 1996): os processos cognitivos de avaliação do stress, as expectativas do locus de controlo e eficácia, os métodos de coping; e o funcionamento familiar.

## **2. Insuficiência Renal**

A insuficiência renal é uma patologia resultante da perda total ou parcial da função excretora do rim, tornando-se incapaz de continuar a exercer convenientemente as suas funções homeostáticas e destoxicantes. Como resultado, temos as perturbações de equilíbrio hídrico e sódico e retenção dos catabolitos proteicos, de ácidos, de tóxicos de medicamentos, entre outros. A esta perturbação excretora está normalmente associado o distúrbio endócrino.

A Associação Portuguesa de Insuficientes Renais (2000) descreve que os rins limpam o sangue funcionando como um filtro, seleccionando, simultaneamente, o que é necessário eliminar deste (toxinas), bem como têm a função de regular a quantidade de sais



e de água, sendo o excesso eliminado em forma de urina até se atingir um equilíbrio ideal, mantendo-se um balanço adequado de líquidos no organismo. Quando o rim adoece, ele torna-se incapaz de continuar a desempenhar, programado, tornando-se insuficiente. Assim sendo, a *Insuficiência Renal* é uma patologia resultante da diminuição ou até mesmo a perda, total ou parcial, da função excretora renal.

Em suma, a insuficiência renal é a perda progressiva da capacidade dos rins filtrarem e eliminarem os produtos para o organismo e de produzirem substâncias essenciais para a vida.

A retenção dos produtos tóxicos e a ausência de produção das substâncias vitais, conduzem a uma situação de desequilíbrio do organismo, provocam doença e colocam em perigo a vida.

Osório (1982) salienta que a Insuficiência Renal não é mais do que o resultado da acumulação de substâncias prejudiciais que não são eliminadas, e de falta de substâncias que o rim habitualmente fabrica.

A insuficiência renal pode instalar-se de uma forma aguda ou crónica.

Existem vários graus de Insuficiência Renal, de acordo com a percentagem de funcionamento dos rins:

- a *insuficiência renal ligeira*, que corresponde a uma função de cerca de 80 a 50% do normal;
- a *insuficiência renal moderada*, que corresponde a uma função de 50 a 25%;
- a *insuficiência renal grave*, em que a função é inferior a 25%, registando-se nesta situação desequilíbrios graves do organismo e atraso do crescimento;
- a *insuficiência renal terminal*, corresponde a uma função inferior a 10%. Quando a função renal é inferior a 10% atingem-se níveis muito elevados de substâncias tóxicas no sangue, e surge o denominado síndrome urémico que provoca cansaço, falta de apetite, náuseas, e vômitos. Verifica-se então uma evolução rápida para a fase de falência renal, caracterizada pela paragem total de funcionamento dos rins.

## **2.1. Métodos de Tratamento**

A Associação Portuguesa de Insuficientes Renais refere que a diálise é uma técnica de depuração extra renal, cujo objectivo é extrair toxinas, sal e outros minerais, como



também o excesso de água do organismo. Esta pode ser feita através de um sistema extra-corpóreo (hemodiálise) ou pela cavidade abdominal (diálise peritoneal).

Por ser um tratamento continuado pode ser feito em Estabelecimentos Hospitalares ou Centros devidamente credenciados ou no domicílio.

A *Hemodiálise*, a *Diálise Peritoneal* são técnicas que permitem às pessoas cujos rins não funcionam levar uma vida relativamente normal, contudo nenhuma está isenta de riscos se não devidamente realizadas.

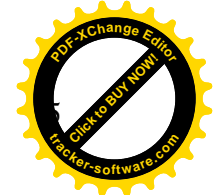
Os médicos decidem começar a diálise quando a insuficiência renal causa um funcionamento anormal do cérebro (encefalopatia urémica), inflamação do invólucro do coração (pericardite), uma elevada acidez do sangue (acidose) que não responde a outros tratamentos, insuficiência cardíaca ou uma concentração muito elevada de potássio no sangue (hiperpotassemia). A reversão dos sintomas de alteração do funcionamento cerebral causados pela insuficiência renal, uma vez iniciada a diálise, precisa em regra de vários dias e, raramente, até duas semanas de tratamento.

Muitos médicos usam a diálise de forma preventiva em caso de insuficiência renal aguda, quando a produção de urina é baixa, e continuam o tratamento até que as análises de sangue indiquem que a função renal está a ser recuperada. No caso de uma insuficiência renal crónica, pode-se começar com este tratamento quando as provas indicam que os rins não estão a extrair os produtos de excreção de modo suficiente, ou quando a pessoa já não pode levar a cabo as suas actividades diárias habituais.

A frequência das suas sessões varia de acordo com o nível de função renal restante, mas habitualmente requer-se diálise três vezes por semana. Um programa de diálise permite levar uma vida razoavelmente normal, ingerir uma dieta adequada, dispor de uma contagem aceitável de glóbulos vermelhos, ter uma pressão arterial normal e não desenvolver qualquer lesão nervosa. Pode usar-se como terapia a longo prazo para a insuficiência renal crónica ou como medida provisória até que se possa efectuar um transplante de rim. Nos casos de insuficiência renal aguda, a diálise pode ser necessária apenas durante alguns dias ou semanas, até que se restabeleça a função renal.

Também se pode usar a diálise para eliminar certos medicamentos ou tóxicos do organismo. A pessoa sobrevive com frequência à intoxicação caso lhe seja proporcionada assistência respiratória e cardíaca imediata enquanto o tóxico é neutralizado.

As pessoas submetidas a este tratamento podem experimentar limitações em todos os aspectos da sua vida. A potencial perda de independência pode ser especialmente



frustrante. Estas pessoas estão sob a dependência da equipa de terapia. As pessoas de idade submetidas a diálise podem tornar-se mais dependentes dos seus filhos ou podem ser incapazes de viver sozinhas. Muitas vezes, têm que se modificar as responsabilidades e os papéis estabelecidos para os adaptar à rotina da diálise, criando stress e sentimentos de culpa e incapacidade.

As pessoas em diálise também enfrentam alterações perturbadoras da sua própria imagem e das funções corporais. As crianças com problemas de crescimento podem sentir-se isoladas e diferentes dos companheiros. Os jovens e os adolescentes que normalmente se questionam sobre a sua própria identidade, independência e imagem corporal, podem encontrar mais problemas deste tipo, se estiverem submetidos a diálise.

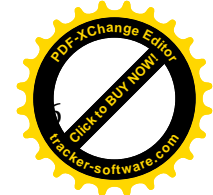
Como consequência destas perdas, muitas pessoas que estão em diálise ficam deprimidas e tornam-se ansiosas. A maneira como as pessoas em programa de diálise (assim como a sua equipa de terapia) enfrenta estes problemas afecta não apenas a sua adaptação social, mas também a sua sobrevivência a longo prazo. Os problemas psicológicos e sociais em geral diminuem quando estes programas motivam as pessoas a ser independentes e a assumir outra vez os seus interesses anteriores.

A assistência psicológica e de trabalho social é útil, tanto para as famílias como para as pessoas em programa de diálise, nos casos de depressão, problemas de comportamento e circunstâncias que impliquem perdas ou modificações dos hábitos. Estas equipas são formadas por assistentes sociais, psicólogos e psiquiatras. Muitos centros de diálise oferecem apoio psicológico e social.

De facto, o procedimento de diálise em si é doloroso, invasivo e fisicamente debilitante, e em geral impõe perdas de várias naturezas, nomeadamente da mobilidade e do bem-estar físico em geral (Mendes e Ribeiro, 2000).

### ***2.1.1. Diálise peritoneal***

Na diálise peritoneal introduz-se dentro da cavidade abdominal um líquido que contém uma mistura especial de glicose e de sais que arrasta as substâncias tóxicas dos tecidos. Depois extrai-se o líquido e despeja-se. A quantidade de glicose pode ser modificada para extrair mais ou menos líquido do organismo.



Na diálise peritoneal, o peritoneu, uma membrana que reveste o abdómen e recobre os órgãos abdominais, actua como um filtro permeável. Esta membrana possui uma extensa superfície e uma rica rede de vasos sanguíneos. As substâncias provenientes do sangue podem filtrar-se facilmente através do peritoneu para o interior da cavidade abdominal se as condições forem favoráveis. O líquido é introduzido através de um cateter que penetra através da parede abdominal até ao espaço peritoneal, no interior do abdómen. Esse líquido deve permanecer no abdómen durante um tempo suficiente para permitir que os materiais residuais provenientes da circulação sanguínea passem lentamente para ele. Depois tira-se o líquido, despeja-se e substitui-se por outro novo.

### ***2.1.2. Hemodiálise***

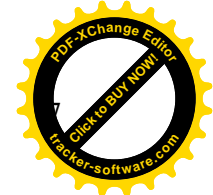
De acordo com a Associação Portuguesa de Insuficientes Renais, a hemodiálise foi a primeira forma de tratamento criada, em 1960, com o objectivo de substituir a função depuradora dos rins, sendo hoje o processo mais usado em Portugal.

A hemodiálise é um procedimento pelo qual o sangue, através de um sistema de tubos, é conduzido a uma máquina, atravessando depois um filtro especial (rim artificial) que o purifica, voltando depois ao corpo. O sangue entra e sai por duas agulhas que se mantêm na veia do braço durante o tratamento. Deste modo, o sangue é purificado de forma intermitente, repetindo-se o procedimento três vezes por semana, normalmente em sessões que duram quatro horas cada. Para que todo este processo seja possível, é necessário criar um acesso vascular no doente, preferencialmente uma fístula artério-venosa, conectando uma veia e uma artéria. Esta fístula precisa de 3 a 6 semanas para que possa ser usada para hemodiálise. Assim, há a necessidade de criar um acesso temporário, obtido através da implantação de um cateter venoso de duplo lúmen nas veias subclávia, jugular ou femural (Noronha e Araújo, 1998).

Segundo Mendes e Ribeiro (2000), a adaptação inicial à hemodiálise é quase sempre difícil, sendo acompanhada de náuseas e vómitos e de mau controlo tensional, entre outros factores debilitantes.

Na hemodiálise, as reacções mais comuns são as respostas fóbicas e de ansiedade, reacções de suicídio, depressão, disfunção sexual, comportamento não cooperativo e





dificuldades relacionadas com a ocupação e reabilitação (Levy, 1996; Vasquez e cols, 1998).

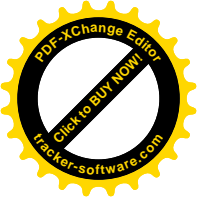
Acrescida da necessidade de dispor de cerca de 12h semanais em tratamento, com muita frequência surge a dificuldade ou impossibilidade em manter a actividade profissional habitual (Mendes e Ribeiro, 2000). O tempo de diálise depende do tamanho corporal, da função renal residual, dieta patológica associada e grau de anabolismo e catabolismo.

A hemodiálise é mais eficiente do que a diálise peritoneal, uma vez que permite rápidas descidas nos valores séricos anormais. Uma das suas vantagens é a duração do tratamento ser relativamente curta e haver uma interrupção mínima do estilo de vida do indivíduo entre os tratamentos. Pode também ser efectuada em casa, mas para isso, o doente necessita de um assistente durante o tratamento.

## ***2.2. Adaptação à Insuficiência Renal***

Quando é diagnosticada Insuficiência Renal no indivíduo e este tem que se submeter à terapêutica da hemodiálise, podem surgir reacções que, de acordo com Gathercole (1988) estão relacionadas com:

- *Alterações físicas* – embora a diálise alivie e controle alguma da sintomatologia urémica, os doentes não deixam de sentir alguns problemas, como é o caso da astenia, relacionada com a anemia, a dispneia, as dores ósseas e a diminuição da mobilidade (não tão frequente actualmente, devido aos avanços da medicina). Estes sintomas restringem a actividade normal do doente e afectam, inevitavelmente os que o rodeiam;
- *Imagem corporal e problemas sexuais*– a alteração da imagem corporal, resultante da presença de um cateter ou de uma fístula arteriovenosa pode afectar gravemente a integridade psicológica de um doente. Associadas à alteração da imagem corporal estão as disfunções sexuais. Nos doentes de Insuficiência Renal Crónica, as dificuldades sexuais são frequentes, não só devido a problemas físicos, mas também por factores de ansiedade, depressão, e pelos efeitos da medicação utilizado no tratamento da doença;



- *Alterações da vida social* – o facto de um doente ter de se deslocar ao Centro de Diálise 3 a 4 vezes por semana (3 a 4 horas por dia), altera a sua rotina diária, bem como os compromissos familiares e sociais que até então assumia;
- *Desemprego* – é frequente entre os doentes em hemodiálise. A perda do emprego e do rendimento regular que este proporciona, são uma ameaça para o sustento da família e para a própria auto-estima do doente, criando tensões e ansiedades que agravam a situação;
- *Inversão do papel na família* – o que pode implicar, em especial no homem, que o indivíduo afectado tenha dificuldade em manter o seu papel no seio da família. Outras dificuldades prendem-se por vezes na relação que estabelece com os filhos.

No caso da Insuficiência Renal Crónica e, particularmente o tratamento hemodialítico, impõem frequentemente restrições à vivência habitual das pessoas, que acarretam frequentemente perdas a vários níveis, especificamente a perdas ou modificações do estatuto profissional e de outros papéis sociais (Daugirdas & Ing, 1994, referido por Mendes e Ribeiro, 2000).

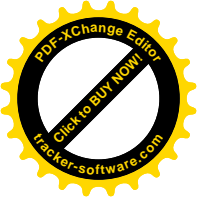
Freitas (1996) salienta ainda que “pela ameaça de morte, pela necessidade de controlo médico sistemático, modificam-se rotinas e natureza do trabalho, lazer e convívio familiar”.

Verifica-se ainda, segundo Almeida (1994) que todas as alterações vivenciadas levam a experienciar inúmeras perdas. De facto, as actividades quotidianas são alteradas e/ou interrompidas devido ao tratamento dialítico.



## **II PARTE**

# **ESTUDO EMPIRÍCO**



## 1-Objectivos e conceptualização do estudo

A presente investigação teve como objectivo conhecer a relação existente entre as variáveis de *coping*, apoio social e qualidade de vida no quadro de adaptação à insuficiência renal crónica numa amostra de doentes idosos. No sentido do cumprimento desse objectivo, foram delineados objectivos de investigação específicos:

- Analisar a relação entre os níveis de apoio social e os indicadores de qualidade de vida.
- Analisar a relação entre as estratégias de *coping* e os indicadores de qualidade de vida.
- \_Identificar as diferenças existentes ao nível do apoio social, das estratégias de *coping* e da qualidade de vida entre grupos definidos pela categorização das variáveis sócio-demográficas e clínicas (variáveis da doença):

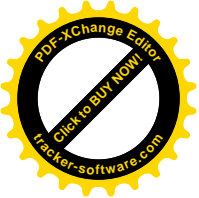
Variáveis sóciodemográficas: sexo; idade; estado civil; habilitações literárias; proveniência de rendimentos; zona de residência; tipo de habitação; tipo de ocupação; infraestruturas.

Variáveis clínicas: tempo de hemodiálise; lista para transplante.

.

De acordo com os objectivos delineados, foram traçadas as seguintes hipóteses:

- O grupo de idosos com insuficiência renal crónica que usufruem de mais apoio social manifesta uma maior qualidade de vida.
- As estratégias de *coping* relacionam-se de uma forma positiva com a qualidade de vida



## 2-Metodologia

### 2.1-Amostra

O estudo incidiu sobre uma amostra de 60 indivíduos, utentes de um Centro de Hemodiálise da Região Centro (Sanfil), 31 homens e 29 mulheres, respectivamente 51,7% e 48,3% com idades entre os 65 anos e 95 anos.

Como critérios de inclusão consideramos apenas os utentes, sem dificuldades significativas de compreensão e comunicação.

### 2.2-Procedimento

Os dados foram obtidos através de questionários administrados durante os respectivos tratamentos, tendo sido solicitada a colaboração de cada indivíduo, com explicação dos objectivos da investigação e esclarecimentos sobre o anonimato e confidencialidade das respostas.

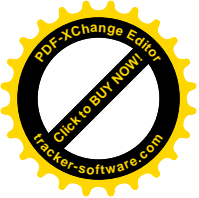
Uma vez que a selecção instrumental metodológica deve estar directamente relacionada com o problema em estudo (Marconi e Lakatus, 1986), os instrumentos em investigação referem-se às estratégias utilizadas para colher a informação necessária e pertinente à realização do trabalho.

Um questionário, por nós formulado onde se recolhem dados pessoais e sócio – demográficos, por nós formulado com vista à caracterização da população da amostra. Desta forma seleccionamos informações relacionadas com a idade, sexo, habilitações literárias, proveniência de rendimentos, zona de residência, tipo de habitação, tipo de ocupação, infra-estruturas, tempo de hemodiálise, lista para transplante renal.

### 2.3-Instrumentos utilizados

Após uma revisão da literatura seleccionamos diversos instrumentos que permitiram avaliar as variáveis em estudo como o Apoio Social, o *Coping* e a Qualidade de Vida. Desta forma foi utilizamos respectivamente:

- a) Escala de Apoio Social
- b) Escala de *Coping*
- c) Questionário de Qualidade de Vida



## 2.4.-Escala de Apoio Social

A escala de Apoio Social criada por Matos e Ferreira(2000); é um instrumento de auto-avaliação, constituído por 16 itens avaliadas segundo uma escala tipo “Likert”, que permite cinco possibilidades de resposta a que se atribui a pontuação de “1” à opção “Não concordo” e a pontuação de “5” à opção “Concordo totalmente” correspondendo este último valor a níveis mais elevados de apoio social, com excepção para os itens 2, 5, 12, 13, 14 e 16 que devido à forma negativa como estão formulados, devem ser cotados inversamente. A pontuação global pode variar entre 16 e 80. Quanto mais alto for o valor encontrado, maior o apoio social de que se dispõe.

As autoras determinaram o coeficiente de alfa de *cronbach* para os dezasseis itens definitivos da escala e para a nota global da mesma e verificaram que todos os valores se situaram acima de 0,834, o que é indicador de uma boa consistência interna.

Possui uma estrutura multidimensional, tendo a análise factorial confirmado a existência de três dimensões o apoio informativo, emocional e instrumental.

**Apoio informativo** – o factor pretende avaliar até que ponto, os indivíduos sentem que têm alguém capaz de lhes fornecer informação ou dar conselhos para a resolução de um problema.

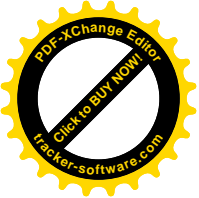
**Apoio emocional** – o factor visa a avaliação de sentimentos percebidos, como amor, estima, carinho e empatia, permitindo que as pessoas sejam elas mesmo e se interajudem.

**Apoio instrumental** – o factor tenta medir até que ponto a pessoa sente que tem alguém que a ajude materialmente, isto é, ajudas no desempenho de tarefas, financeiras, entre outras (Barron,1996).

As características psicométricas da escala garantem a sua fiabilidade e validade.

## 2.5-Escala de *Coping* de Toulouse

Para avaliar as estratégias de *coping* utilizamos a Escala Toulousana de Coping. Esta escala de *Coping* (ETC), é um questionário de auto - resposta que, na sua versão



original Esparbès, Sorder-Ader e Tap( 1993), inclui 54 itens. A resposta a cada item é dada numa escala ordinal (tipo Likert) de cinco posições.

Estes autores propuseram uma escala que articula-se os campos: comportamental (acção), cognitivo (informação) e afectivo(emoção), defendendo que o comportamento humano implica a articulação destes três campos. O campo comportamental representa os processos pelos quais o sujeito prepara e gere a acção, o cognitivo é o campo em que a pessoa trata as informações provenientes do acontecimento, as elabora e as adapta em função da situação, e o afectivo constitui ao mesmo tempo as reacções emocionais e os sentimentos mais ou menos normais, que permitem ao individuo legitimar os seus actos e aspirações.

Inicialmente estes três campos levaram à emergência de seis estratégias, a saber: Focalização, Suporte Social; Retraimento; Conversão; Controle e Recusa. Do cruzamento entre os três campos com as seis estratégias surgiram 18 dimensões.

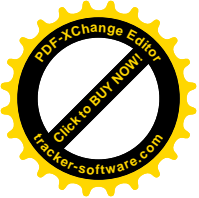
Numa validação posterior Sordes-Ader, Esparbès-Pistre e Tap(1995), propuseram a articulação dos três campos com quatro estratégias de *coping*: Controlo, Suporte Social, Retraimento e Recusa totalizando 12 dimensões.

No seguimento dos estudos, este instrumento foi ainda objecto de verificação quanto ao efeito de desejabilidade social de cada estratégia Sordes-Ader *et al.*(1996); o que levou à noção de duas categorias de *coping*: o *coping* percebido como positivo e *coping* percebido como negativo (Pronost e Tap, 1996), e à distinção entre as estratégias percepcionadas como positivas: o controlo, o suporte social e a focalização, enquanto que o retraimento e a recusa foram percepcionadas como estratégias de *coping* negativo.

Neste estudo identificamos as estratégias de Suporte Social e Distracção, Controle e Recusa e Retraimento que foram definidas pelos autores da seguinte forma:

**Suporte Social** - Caracteriza-se pelo desejo ou necessidade de ajuda. Pode ser a tentativa de resolver a situação através da busca de um trabalho colectivo (cooperação), a necessidade de compreensão do ponto de vista cognitivo, pedindo conselhos (suporte social informativo), ou a necessidade de escuta, de conforto, de reconhecimento (suporte social emocional).

**Retraimento** – Está associada a uma ruptura das interacções sociais, a um evitamento de contacto, a um afastamento dos outros (retraimento social e comportamental), uma tentativa de esquecer, uma recusa de pensar sobre o problema,



refugiando-se no imaginário ou no sonho (retraimento mental), ou a adopção de comportamentos defensivos de compensação, como a ingestão de medicamentos, comida, drogas (adictividade).

**Controlo** – Consiste no auto-controle da situação, na coordenação dos comportamentos e na contenção das emoções. Caracteriza-se por resistir ao impulso de fazer juízos irreflectidos, de tomar decisões precipitadas, encontrando tempo para agir após reflectir (regulação das actividades), por traçar objectivos ou planos, tratando o problema de forma abstracta e lógica (controle cognitivo e planificação), ou por controlar as emoções de tal forma a não permitir que os outros se apercebam (controle emocional).

**Recusa** - É a incapacidade de perceber e de aceitar a realidade da situação. O sujeito pode agir como se o problema não existisse, distraíndo-se ou fazendo qualquer coisa de mais agradável (distracção), pode “esquecer” o problema (denegação) ou pode ter dificuldades para descrever as suas emoções e sentimentos (alexitimia).

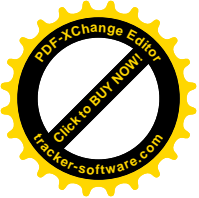
## 2.6- Escala de Qualidade de Vida

O questionário utilizado no nosso estudo foi adaptado do questionário Short Form-36.

O MOS-SF-36(Medical Outcomes Study- Short Form) é um questionário desenhado para ser auto-administrado, contempla 36 itens, resultou de um trabalho inicial da Rand Corporation de Santa Mónica nos Estados Unidos da América durante a década de 1970, o qual foi posteriormente usado em pacientes com doenças crónicas e condições psiquiátricas.

O SF-36 foi construído como medida genérica do estado de saúde para representar oito dos conceitos mais importantes em saúde: função física(FF); desempenho físico(DF); dor(D); saúde geral(SG); vitalidade(VT); função social(FS); desempenho emocional(DE) e saúde mental(SM). Através do projecto do Internacional *Quality of Life Assessment*(IQOLA), que visa a adaptação internacional do questionário original, o SF-36 tem sido testado em mais de 45 países, tornando-se numa das medidas genéricas do estado de saúde mais conhecidas(Ferreira,1997). Foi validado para a população portuguesa por Ferreira(2000), desenvolvendo possíveis boas propriedades psicométricas.





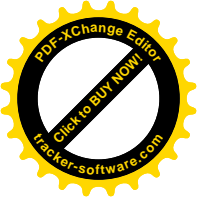
O questionário MOS SF-36 foi desenhado como um indicador genérico do estado de saúde, para uso em estudos na população geral e estudos de avaliação de políticas de saúde. Pode, também ser usado em conjugação com medidas de condição específicas, como uma medida de resultado na prática clínica e na investigação(Ware e Sherbourne, 1992). Enquanto instrumento de mediação genérico do estado de saúde cobre ambos os conceitos, físico e mental, de saúde. Inclui igualmente os comportamentos relativos à funcionalidade, bem-estar percebido, incapacidade social e de desempenho e auto-avaliações de saúde em geral.

Com base no questionário utilizado, foram identificados os factores Capacidade e Depressividade e Cansaço.

**Capacidade** -aptidão de um indivíduo para executar uma tarefa ou uma acção; a funcionalidade que a pessoa pode atingir num dado domínio num dado momento.

**Depressividade** – conjunto de emoções, sintomas e perturbações, variando em gravidade e duração, em consequência de um indivíduo atribuir um significado de perda a determinados acontecimentos da sua vida.

**Cansaço** – estado geral de fadiga persistente, física e/ou mental.



### 3-Apresentação e análise de resultados

Para o tratamento estatístico dos dados:

- utilizámos o programa de estatística SPSS (Statistical Package for the Social Science) base 13.

Determinámos as frequências, as médias e desvio padrão para a caracterização da amostra e das variáveis do estudo.

Fizemos uma análise factorial com rotação *Varimax* para cada uma das escalas, seguida da análise da variância e *Alfa de Cronbach*.

Os testes estatísticos que utilizámos foram:

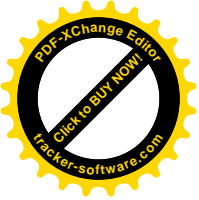
- A comparação de médias foi feita com o teste t de *student*, num intervalo de confiança de 95% e 99%.
- Correlação "multivariada" de *Pearson*

#### 3.1- Caracterização geral da amostra

A amostra do nosso estudo conforme referida, é composta por 60 indivíduos; de idades compreendidas entre os 65 e 95, subdividida por 30 indivíduos dos 65-73 e 30 dos 74-95, dos quais 36 (60%) estão enquadrados no grupo *casados e união de facto* e 24 (40%) no grupo dos *solteiros, viúvos e separados*. Relativamente às *habilitações literárias* 19 indivíduos pertencem ao grupo *sem escolaridade* e 41 ao grupo do *ensino primário ao universitário*, com percentagens de 31,7% e 68,3% respectivamente. Do total da amostra 16 indivíduos(26%) usufruem do complemento por dependência.

No que se refere à zona de residência e ao tipo de habitação, constatamos que 53,3% residem em *zona urbana e periférica* e 46,7% residem em *zona rural*, sendo que 51(85%) vivem em *casa unifamiliar e apartamento* e 9(15%) vivem *em lar*; 63,3% vivem em *casa própria* e 36,7% em *casa arrendada, cedida ou de outro tipo*; no que se refere às infraestruturas, verificamos que 90% têm as *infraestruturas básicas* (água canalizada; quente; electricidade; esgotos ou similar) e em 10% *falha pelo menos uma* destas.

Relativamente aos dados clínicos, e mais concretamente ao tratamento de hemodiálise, verificamos que 35 indivíduos (58,3%) faziam hemodiálise *num período menor ou igual a dois anos* e 25 indivíduos (41,7%) *superior a dois anos*. Verificámos que 91,7% *não está em lista de transplante renal*. (Tabela 3)



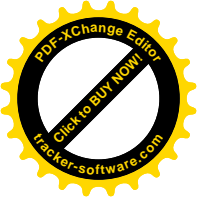
**Tabela 3** – Caracterização geral da amostra

		Frequência	Porcentagem
<b>Sexo</b>	Masculino	31	51,7
	Feminino	29	48,3
<b>Idade</b>	65-73 anos	30	50,0
	74-95 anos	30	50,0
<b>Estado Civil</b>	Casados e união de facto	36	60,0
	Solteiros, viúvos e separados	24	40,0
<b>Habilitações Literárias</b>	Sem escolaridade	19	31,7
	Do ensino primário ao universitário	41	68,3
<b>Proveniência de Rendimentos</b>	Trabalho	2	3,3
	Pensões /Reforma	60	100,0
	Subsídio de desemprego	0	0
	R.S.I.	5	6,3
	Complemento por dependência	16	26,7
<b>Zona de Residência</b>	Urbana e periférica	32	53,3
	Rural	28	46,7
<b>Tipo de Habitação</b>	Lar	9	15,0
	Todos os outros (Casa unifamiliar e apartamento, habitação social parte da casa, barraca	51	85,0
<b>Tipo de Ocupação</b>	Própria	38	63,3
	Arrendada, cedida e Outro	22	36,7
<b>Infraestruturas</b>	Com tudo(agua canalizada; quente; electricidade; esgotos ou similar)	54	90,0
	Falha pelo menos um	6	10,0
<b>Tempo de Hemodiálise</b>	Menor ou igual a 2 anos	35	58,3
	Mais de 2 anos	25	41,7
<b>Lista para Transplante Renal</b>	Sim	5	8,3
	Não	55	91,7

### 3.2. Escala de Apoio Social (EAS)

#### 3.2.1. Análise de algumas propriedades psicométricas da EAS na amostra

Os resultados da aplicação desta escala revelam um coeficiente de Alfa de *Cronbach* de.70, o que aponta para uma boa consistência interna. Para isso foram eliminados os itens 2 e 5 (“Não tenho ninguém a quem possa demonstrar como sou



realmente” e “Não tenho ninguém, a quem possa demonstrar que estou aborrecido, nervoso ou deprimido” respectivamente).

Em relação à estrutura factorial da escala, a análise de componentes principais (com rotação *Varimax*) revelou a existência de dois factores, um positivo e um negativo. O positivo denomina-se Apoio Emocional; o factor negativo, originalmente denominado apoio instrumental passou a chamar-se Dificuldade de Apoio Instrumental pois os itens 12; 13;14 e 16 não foram cotados inversamente como na escala original (Tabela 4)

**Tabela 4-** Factores e itens da escala de apoio social

Factores	Itens
<b>Factor 1 -Apoio Emocional e Informativo</b>	10. Tenho pessoas com quem posso contar, em caso de doença ou qualquer outra situação de emergência. 6. As minhas relações próximas transmitem-me sensações de segurança e bem-estar. 3. Tenho alguém que me encoraja em situações emocionais delicadas. 7. Tenho alguém que me fornece informações úteis em caso de me sentir um pouco desorientado com algum problema. 4. Quando é necessário falar de mim, contar os meus segredos, desejos, medos... sei de alguém que me ouviria com prazer. 11. Tenho pessoas com quem posso contar, para tomar conta dos meus filhos (ou de outros familiares que dependam de mim), quando quero sair por algum tempo ou divertir-me. 8. Costumo aconselhar-me com pessoas amigas quando tenho problemas. 9. Costumo perguntar aos que me rodeiam o que devo fazer para resolver assuntos mais sérios. 15. Quando não tenho dinheiro suficiente para satisfazer as minhas necessidades básicas diárias, sei quem recorrer. 1. Se tiver um problema grave, sei que alguém se levantaria ao meio da noite para falar comigo
<b>Factor 2 - Dificuldade de Apoio Instrumental</b>	12. Quando preciso de ajuda financeira, não tenho ninguém a quem possa recorrer. 13. Não tenho ninguém a quem possa pedir pequenos favores e ofertas (por exemplo: comida, tomar conta do correio, etc.). 14. Quando me sinto com demasiadas responsabilidades e exigências profissionais, não tenho ninguém que me “estenda a mão”. 16. Quando me sinto sobrecarregado com tarefas domésticas, não tenho quem me ajude.

Relativamente ao Apoio Emocional e Informativo, o coeficiente de Alfa de *Cronbach* revelou valores de  $\alpha=.87$ , com um Valor Próprio de 5,40 e uma Percentagem da *Variância* de 33,74%. A dificuldade de Apoio Instrumental apresentou um  $\alpha=.56$ , um Valor Próprio de 1,72 e a Percentagem da *Variância* de 10,74 %.(Tabela 5)

**Tabela 5**– Análise da consistência interna da EAS - *Alfas de Cronbach*

<b>Factores</b>	<b>Alfa de Cronbach</b>
<b>Factor 1-Apoio Emocional e Informativo</b>	.87
<b>Factor 2-Dificuldade de Apoio Instrumental</b>	.56
<b>Escala de Apoio Social</b>	.70

A partir destes factores, são obtidos resultados que indicam que a Média do Apoio Social Diferencial<sup>1</sup> é de 11,22 e Desvio Padrão é de 12,56. Assim, encontramos para o factor Apoio Emocional e Informativo M= 30,12 e DP = 7,45; e para Dificuldade de Apoio Instrumental M=18,90 e DP=8,44.(Tabela 6)

**Tabela 6** : Média e desvio padrão dos dois factores e do Apoio Social Diferencial

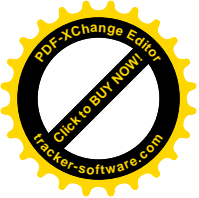
	<b>Média (M)</b>	<b>Desvio Padrão (DP)</b>
<b>Factor 1-Apoio Emocional e Informativo</b>	30,12	7,45
<b>Factor 2-Dificuldade de Apoio Instrumental</b>	18,90	8,44
<b>Apoio Social Diferencial</b>	11,22	12,56

### 3.2.2. Análise das diferenças de apoio social segundo as variáveis sociodemográficas e clínicas

Tendo em conta que as variáveis sóciodemográficas podem exercer influência determinante nos níveis de apoio social (e.g. Matos e Ferreira, 2000), procurámos identificar eventuais diferenças nos níveis de apoio social relatados pelos sujeitos, segundo as diversas variáveis sócio-demográficas aqui abordadas, nomeadamente o *estado civil*, *zona de residência*, e *infra-estruturas*.

Relativamente ao *Estado Civil*, verificamos que existem diferenças significativas nas variáveis situacionais de *Casados e União de Facto* e as de *Solteiros, Viúvos e Separados* quanto ao Apoio Social Diferencial. Assim os indivíduos *Casados e União de Facto* (M=13,93) experienciam um Apoio Social Diferencial superior aos indivíduos *solteiros, viúvos e separados* (M=7,15), com uma significância de  $t=2,11$  e  $p<.039$  (Tabela 7)

<sup>1</sup> Identificamos apoio social diferencial como a diferença entre o factor positivo menos o negativo



**Tabela 7** – Apoio Social Diferencial segundo o estado civil

	Estado civil	N	Média	Valor t	Significância
Apoio Social Diferencial	Casados e União de Facto	36	13,9333	t=2,11	p<.039
	Solteiros, Viúvos e Separados	24	7,1500		

Constatámos também que os indivíduos que vivem em *zona rural* (M=21,07) apresentam uma tendência para ter maior Dificuldade de Apoio Instrumental do que os que habitam na *zona urbana* (M=17, p<.062; t=1,91 respectivamente). (Tabela 8).

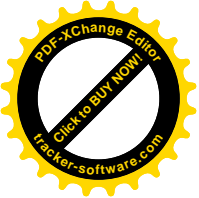
Na análise de diferenças ao nível do apoio social de acordo com a *zona de residência*, mas desta vez em simultâneo com a *variável idade*, constatámos que existem diferenças estatisticamente significativas no que concerne ao *grupo etário dos 74-95 anos*, isto é, para estes indivíduos que habitam em *zona urbana*, existe maior Dificuldade de Apoio Instrumental ( p<.016; t=2,55). (Tabela 9)

**Tabela 8**– Factores e Apoio Social Diferencial segundo a zona de residência

	Zona de residência	N	Média	Valor t	Significância
Factor 1-Apoio Emocional e Informativo	Urbana	32	29,9750		NS
	Rural	28	30,2857		
Factor 2- Dificuldade de Apoio Instrumental	Urbana	32	17,00	t=1,91	p<.062 (Tendência)
	Rural	28	21,07		
Apoio Social Diferencial	Urbana	32	12,9750		NS
	Rural	28	9,2143		

**Tabela 9**-Comparação das variáveis idade e zona de residência

	Zona de residência	N	Média	Significância	Valor t
Factor 2- Dificuldade de Apoio Instrumental (65-73 anos)	Urbana	15	17,73	NS	
	Rural	15	17,73		
Factor 2-Dificuldade de Apoio Instrumental (74-95 anos)	Urbana	17	16,35	p<.016	t=-2,55
	Rural	13	24,92		



No que se refere às infra estruturas, observamos que os indivíduos que usufruem de todas as infra-estruturas contempladas no estudo, têm um Apoio Social Diferencial superior àqueles em que falha pelo menos uma infra-estrutura, com médias de 12,45 e 0,1;  $t=2,37$  e  $p<.02$  respectivamente.(Tabela 10)

**Tabela 10** – Apoio social diferencial segundo as infraestruturas

	Infraestruturas	N	Mean	Valor t	Sgnificância
Apoio Social Diferencial	Com tudo*	54	12,45	$t=2,37$	$p<.02$
	Falha pelo menos um	6	,13		

\*(agua canalizada; quente; electricidade; esgotos ou similar)

De seguida, procurámos ainda a identificação de diferenças significativas no Apoio Social, tendo simultaneamente em conta as referidas variáveis sócio demográficas e a variável clínica *tempo de hemodiálise*.

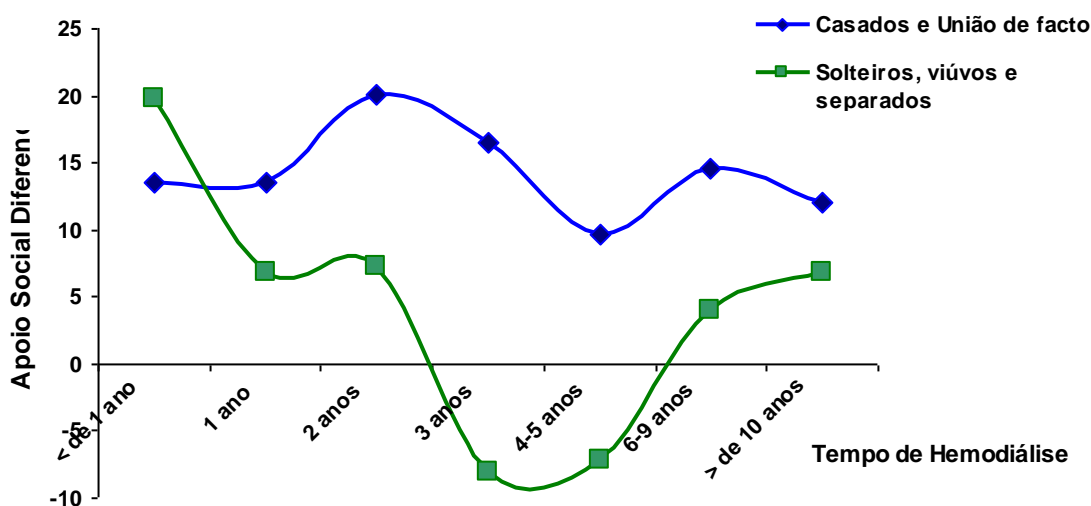
Ao analisar-mos a relação existente em termos de *tempo de hemodiálise*, observamos que nos doentes que fazem hemodiálise num período *menor ou igual a 2 anos* o Apoio Social Diferencial é maior nos que *têm todas as infraestruturas* ( $M=15,11$ ), do que nos *que falha pelo menos uma* ( $M=-6,60$ ), ( $t=4$  e  $p<.001$ ). Já nos indivíduos *que fazem hemodiálise há mais de 2 anos*, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas relativamente às *infraestruturas*.

Tendo em conta a análise de Apoio Social de acordo com o tempo de tratamento dos insuficientes renais crónicos, constatámos que através da curva de distribuição das médias do Apoio Social por *tempo de hemodiálise* que, ao longo do percurso do tempo de tratamento, os *doentes casados e união de facto* apresentam um maior Apoio Social Diferencial que os doentes *solteiros, viúvos e separados*, tendo também valores de Apoio Social Diferencial mais estáveis durante todo o percurso de tempo de tratamento (Gráfico 1).

Nos 3º, 4º e 5 anos verificamos uma descida em ambas as variáveis, embora muito mais acentuada nos *solteiros, viúvos e separados* do que nos *casados e união de facto*,  $M=7,2$ ;  $M=9,68$  respectivamente.

Estas discrepâncias têm uma tendência para se esbater a partir do 9º ano, embora se mantenham valores superiores de Apoio Social Diferencial nos *casados e união de facto*.

**Gráfico 1-** Médias do Apoio Social Diferencial por estado civil em função do tempo de hemodiálise



Quanto à curva de distribuição das médias de Apoio Social Diferencial por *zona de residência* de acordo com o *tempo de hemodiálise*, o gráfico 2 mostra-nos que os indicadores de Apoio Social Diferencial são mais estáveis, ou seja, a amplitude das variações é menor ao longo do *tempo de tratamento* nos doentes que vivem na *zona rural*.

No intervalo entre os 3 e os 4-5 anos o decréscimo de Apoio Social Diferencial é mais acentuado na *zona urbana*  $M=0,4$  do que na *zona rural*  $M=0,4$ ;  $M=10,1$ , respectivamente.

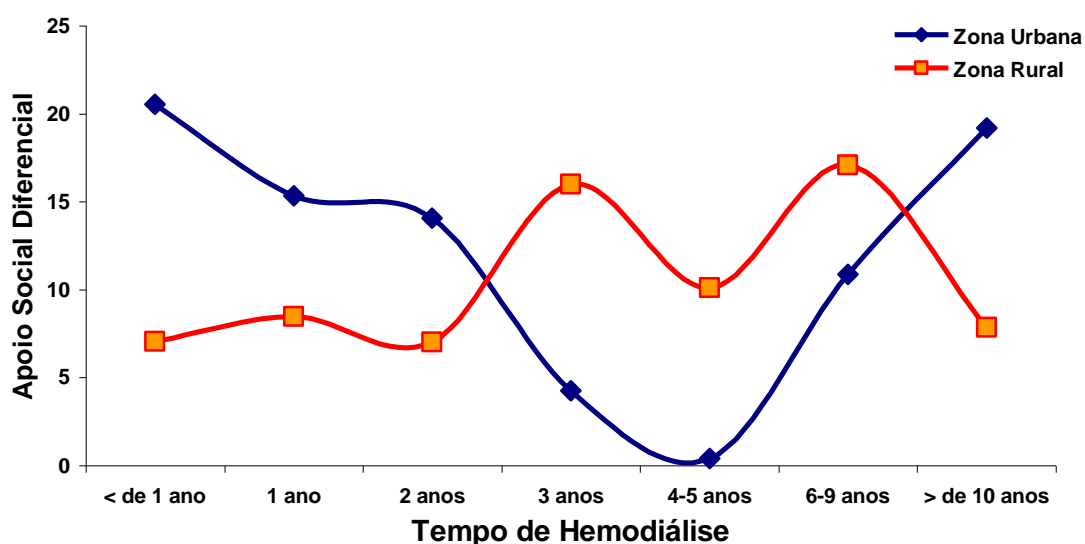
A tendência de evolução do Apoio Social em termos de *tempo de hemodiálise* até aos 4-5 anos é, em *meio urbano*, sistematicamente decrescente, enquanto na *zona rural*



esta evolução é mais estável, apresentando um aumento significativo no intervalo dos 2 –3 anos; (*zona urbana* M=4,2; *zona rural* M=16).

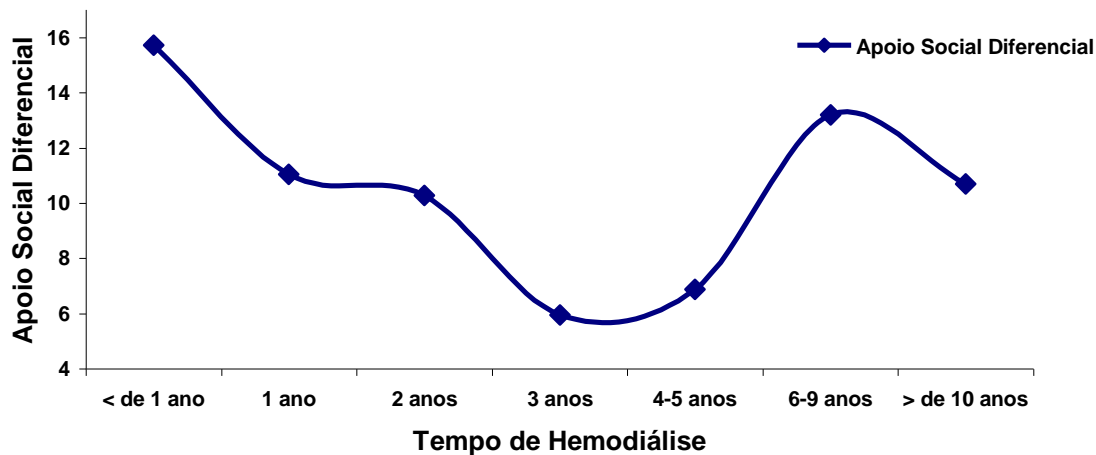
Numa fase mais avançada do *tempo de tratamento* (10 anos), retoma-se a tendência inicial dos 2 primeiros anos, em que os doentes que vivem em *zona urbana* referem níveis de Apoio Social Diferencial superiores aos que vivem na *zona rural*.

**Gráfico 2**-Médias do Apoio Social Diferencial na zona de residência em função do tempo de hemodiálise



Observámos através da curva de distribuição das médias do Apoio Social Diferencial pelo *tempo de hemodiálise*, que as médias mais elevadas são no 1º ano (M=15,7), seguida de um declínio, registando as médias mais baixas no 3º ano (M=6); 4-5 anos (M=6,9). A partir do 4-5 ano volta a aumentar, e entre os 6-9 anos M= 13.2. (Gráfico 3)

**Gráfico 3-** Apoio Social Diferencial de acordo com o tempo de hemodiálise

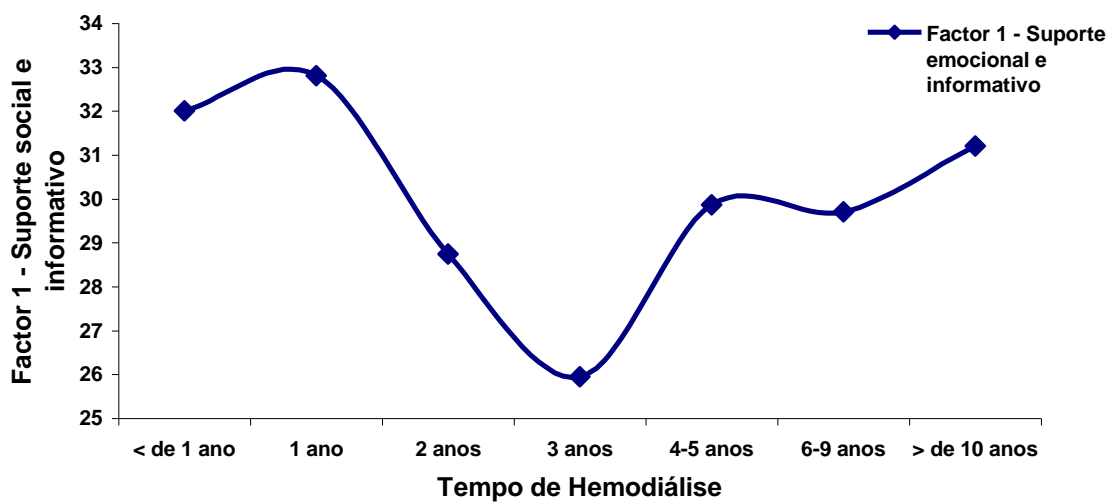


Nos Gráficos 4 e 5 podemos observar as curvas de distribuição das médias dos dois factores pelo *tempo de hemodiálise*. Assim, verificamos que no factor Suporte Emocional e Informativo a tendência é decrescente, a média mais alta verifica-se no 1º ano ( $M=32,8$ ), decrescente no 2º, atingindo o valor mais baixo no 3º ano ( $M=6$ ). Percebemos este período como um ponto de viragem. A procura de Apoio Emocional e Informativo aumenta a partir do 3º ano.

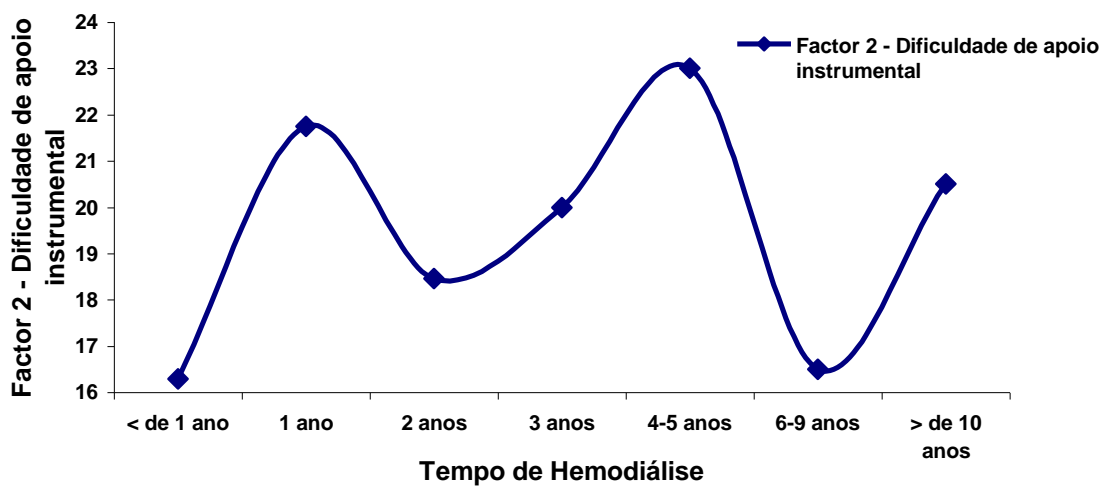
No factor Dificuldade de Apoio Instrumental, verificam-se dois picos significativos, o primeiro no 1º ano e o segundo entre os 4-5 anos  $M=21,75$   $M=23$ , respectivamente.

A Dificuldade de Apoio Instrumental é instável ao longo do percurso do *tempo de tratamento*.

**Gráfico 4-** Médias do factor Suporte Emocional e Informativo em função do tempo de hemodiálise



**Gráfico 5 –** Médias do factor Dificuldade de Apoio Instrumental em função do tempo de hemodiálise



### 3.3- Escala de *Coping* de Toulouse (ETC)

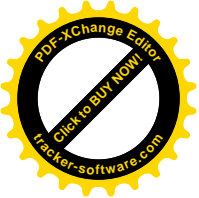
#### 3.3.1. Análise de algumas propriedades psicométricas da ECT na amostra

Os resultados desta escala revelam um coeficiente de alfa de *Cronbach* de .83, o que aponta para uma consistência interna muito boa. Para isso foram eliminados 14 dos 54 itens da escala original (3; 6; 9; 10; 12; 14; 15; 18; 21; 25; 28; 33; 49; 51).

Em relação à estrutura factorial da escala, a análise de componentes principais (com rotação *Varimax*) revelou a existência de 3 factores: Controle e Recusa; Suporte Social e Distracção; Retraimento (Tabela 11)

**Tabela 11:** Factores e itens da escala de *Coping*

Factores	Itens
<p><b>Factor 1</b></p> <p><b>Controle e Recusa</b></p>	<p>19. Ataco o problema de frente.  26. Aprendo a viver com o problema.  27. Controlo as minhas emoções.  50. Enfrento a situação.  44. Aceito a ideia de que é necessário que eu resolva o problema.  42. Brinco com a situação sobre a qual me encontro.  8. Aceito o problema se ele for inevitável.  32. Reajo como se o problema não existisse.  11. Faço um plano de acção e tento aplicá-lo.  48. As minhas emoções desaparecem tão rapidamente como aparecem.  50. Digo a mim próprio que este problema não tem importância.</p>
<p><b>Factor 2</b></p> <p><b>Suporte Social e Distracção</b></p>	<p>35. Penso nas experiências susceptíveis de me ajudarem a fazer face à situação.  24. Procuro encontrar uma filosofia de vida para fazer face à situação.  53. Reflecto nas estratégias que poderei utilizar para melhor resolver o problema.  52. Centro-me noutras actividades para me distrair.  37. Vou directamente ao problema.  40. Ajudo os outros como gostaria de ser ajudado.  4. Trabalho em cooperação com outras pessoas para me esquecer.  16. Faço qualquer coisa mais agradável.  47. Defino objectivos a alcançar.  29. Sei o que tenho que fazer e redobro os meus esforços para o alcançar.  22. Procuro actividades colectivas.  36. Procuro a ajuda dos meus amigos para acalmar a minha ansiedade.  5. Tento não pensar no problema.  2. Peço conselhos a profissionais (médicos, psicólogos, assistente social).  17. Analiso a situação para melhor a compreender.  41. Procuro a todo o custo pensar noutra coisa.  34. Vou ao cinema ou vejo televisão para pensar menos nisso.  38. Pergunto a pessoas que tiveram uma situação similar, que tipos de resposta deram.  20. Discuto o problema com a família e os amigos.  54. Procuro a simpatia e o encorajamento dos outros.</p>
<p><b>Factor 3</b></p> <p><b>Retraimento</b></p>	<p>45. Guardo para mim mesmo os meus sentimentos.  7. Evito encontrar-me com pessoas.  13. Não penso nos problemas quando eles se colocam.  43. Afasto-me dos outros.  39. Tomo medicação ou fumo para acalmar a minha angústia.  23. Refugio-me no imaginário ou no sonho.  30. Chego a não sentir nada quando chegam as dificuldades.  46. Modifico as minhas acções em função do problema.  31. Resisto ao desejo de agir, até que a situação mo permita.</p>



Estes três factores (F1, F2 e F3) revelam que os itens seleccionados, constituem bons indicadores das estratégias de *coping* utilizadas, com coeficientes de alfa de Cronbach de .78, de .88 e de .63, respectivamente para as estratégias de Controlo e Recusa, de Suporte Social e Distracção e Retraimento. (Tabela 12).

**Tabela 12:** Análise da consistência interna da ETC - *Alfas de Cronbach*

Factores	<i>Alfa de Cronbach</i>
Factor 1 – Controlo e Recusa	.78
Factor 2 – Suporte Social e Distracção	.88
Factor 3 – Retraimento	.63
Escala de Coping de Toulouse	.83

A partir destes factores, são obtidos resultados que indicam que: a Média (M) do Score Global de Coping é de 108,35 e Desvio Padrão (DP) é de 18,26. Assim, encontramos para o factor Controlo e Recusa M=30,62 e DP=7,03; Suporte Social e Distracção M=58,70 e DP=14,39; Retraimento M=19,03 e DP=5,92 (Tabela 13).

**Tabela 13:** Média e desvio padrão dos três factores da escala e da *Score Global de Coping*

	Media (M)	Desvio Padrão (DP)
Factor 1-Controlo e Recusa	30,62	7,03
Factor 2-Suporte Social e Distracção	58,70	14,39
Factor 3-Retraimento	19,03	5,92
Score Global de Coping	108,35	18,26

### 3.3.2. Análise das diferenças de *coping* segundo as variáveis sócio demográficas

Procurámos identificar as diferenças ao nível das estratégias de coping relatadas pelos sujeitos, segundo as diversas variáveis sócio demográficas aqui abordadas - *género*, *estado civil*, *habilitações literárias*, *complemento por dependência* – bem como as derivadas do seu cruzamento com algumas variáveis clínicas, nomeadamente *tempo de hemodiálise* e *lista para transplante*.

No nosso estudo, verificamos que os doentes renais crónicos do *sexo masculino* utilizam mais estratégias de Coping ( $t=3.02$ ;  $p<.004$ ), do que os do *sexo feminino* ( $M=114.81$ ,  $DP=17.03$ ,  $M=101.45$ ,  $DP=17.22$ , respectivamente). (Tabela 14).

Assim, relativamente ao primeiro factor ( $t=2.93$ ;  $p<.005$ ), *os homens* utilizam mais a estratégia Controle/Recusa ( $M=33.03$ ;  $DP=7.5$ ) do que *as mulheres* ( $M=28.03$ ;  $DP=5.52$ ); no que concerne ao segundo factor ( $t=1.96$ ;  $p<.05$ ), também são *os homens* que utilizam mais a estratégia Suporte e Distracção Social ( $M=62.13$ ;  $DP=12.15$ ).

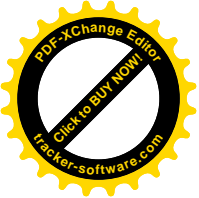
**Tabela 14-** Factores e *Score Global de Coping* quanto ao género

	Género	N	Média	DP	Valor de t	Significância
Factor 1 – Controle e recusa	Masculino	31	33,03	7,5	$t=2,93$	$p<.005$
	Feminino	29	28,03	5,52		
Factor 2 – Suporte social e distracção	Masculino	31	62,13	12,15	$t=1,96$	$p<.05$
	Feminino	29	55,03	15,84		
Factor 3 – Retraimento	Masculino	31	19,65	7,29		NS
	Feminino	29	18,38	3,99		
<i>Score Global de Coping</i>	Masculino	31	114,81	17,03	$t=3,02$	$p<.004$
	Feminino	29	101,45	17,22		

No que respeita a idade, observamos que os idosos doentes renais crónicos da *faixa etária dos 65 aos 73 anos*, utilizam mais estratégias de Coping ( $M=115$ ;  $DP=18.99$ ), do que os mais velhos ( $M=101,7$ ;  $DP=15.05$ ) ( $t=3.01$ ;  $p<.004$ ), assim como a estratégia Controle/Recusa ( $t=2.02$ ;  $p<.05$ ); ( $M=32.40$ ;  $DP=6.65$ ) e a estratégia Suporte e Distracção Social ( $M=63.47$ ;  $DP=14.02$ ); ( $t=2.70$ ;  $p<.009$ ). (Tabela 15)

**Tabela 15-** Factores e *Score Global de Coping* nos dois grupos de idades (“65-73 anos” versus “74-95 anos”)

	Grupos Idades	N	Média	Valor t	Significância
Factor 1 Controle e recusa	65-73 anos	30	32,40	$t=2,02$	$p<.05$
	74-95 anos	30	28,83		
Factor 2 Suporte social e distracção	65-73 anos	30	63,47	$t=2,70$	$p<.009$
	74-95 anos	30	53,93		
Factor 3 Retraimento	65-73 anos	30	19,13		NS
	74-95 anos	30	18,93		
<i>Score Global de Coping</i>	65-73 anos	30	115,00	$t=3,01$	$p<.004$
	74-95 anos	30	101,70		



Os doentes renais crónicos *casados e uniões de facto* utilizam mais estratégias de *Coping* (M=112,58) do que os *solteiros, viúvos e separados* (M= 102,00), sendo esta diferença significativa com  $t=2,28$  e  $p<.03$ .

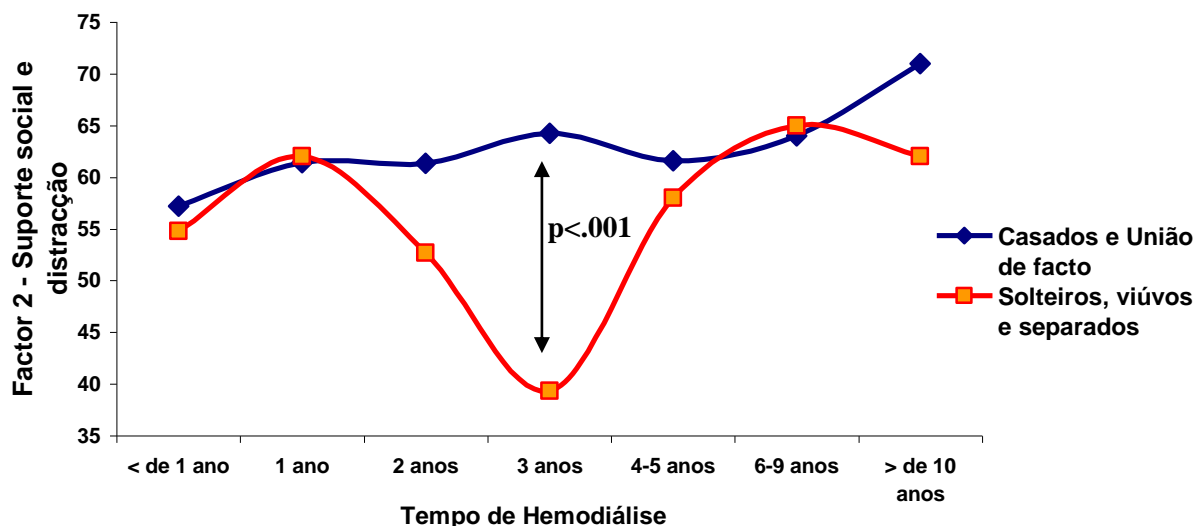
Esta diferença é suportada pelo factor 2 Suporte Social e Distracção, com o grupo dos casados e união de facto (M =62,00) utilizarem mais esta estratégia do que o grupo de *solteiros, viúvos e separados* (M=53,75) com  $t=2,25$  e  $p<.03$ .(Tabela 16)

**Tabela 16:** Factor Suporte Social e Distracção e *Score* Global de *Coping* em função do estado civil

	Estado civil	N	Média	Valor t	Significância
Factor 2 Suporte social distracção	Casados e união de facto	36	62,00	t=2,25	p<.03
	Solteiros, viúvos e separados	24	53,75		
ETC Global	Casados e união de facto	36	112,58	t=2,28	p<.03
	Solteiros, viúvos e separados	24	102,00		

No que concerne ao estado civil, tendo em conta simultaneamente a variável tempo de hemodiálise observámos na nossa amostra que os indivíduos *casados e a viverem união de facto* apresentam valores de *coping* baseado no suporte social e distracção (factor 2) significativamente superiores, e apenas durante o terceiro ano, que os *indivíduos solteiros, viúvos e separados*. Além disso, o primeiro grupo de indivíduos demonstra (ao contrário do segundo grupo) uma acentuada estabilidade nos níveis desta dimensão de *coping* ao longo do período de hemodiálise.(Gráfico 6)

**Gráfico 6** -Estado Civil e tempo de hemodiálise



Verificamos também que o *Score Global de Coping* é significativamente maior em indivíduos com *escolaridade do ensino primário ao universitário* (M=112,24) do que nos *sem escolaridade* (M=99,95), com ( $t = 2,54$  e  $p < .01$ ) (Tabela 17)

**Tabela 17:** Media do Score Global de Coping em função das habilitações literárias

	Habilitações Literárias	N	Média	Valor t	Significância
ETC Global	Sem escolaridade	19	99,95	$t = 2,54$	$p < .01$
	Do ensino primário ao universitário	41	112,24		

Em relação à prestação de Complemento por dependência; observamos que o *Score Global de Coping* é maior nos indivíduos que usufruem de *complemento por dependência* (M=111,32); ( $t = 2,15$  e  $p < .04$ ), assim como as estratégias de *Suporte Social e Distração* são mais utilizadas pelos indivíduos que não beneficiam desse complemento (M=61,07); ( $t = 2,18$  e  $p < .03$ ).



**Tabela 18:** Factor 2 e *Score Global de Coping* em função da prestação complemento por dependência\*

	Complemento por dependência	N	Média	Valor t	Significância
Factor 2 Suporte social e distração	Sim	16	52,19	t=2,18	p<.03
	Não	44	61,07		
<i>Score Global de Coping</i>	Sim	16	100,19	t=2,15	p<.04
	Não	44	111,32		

Considerámos por sua vez importante o prosseguimento das análises das diferenças ao nível do *coping*, mas desta vez controlando em simultâneo a variável clínica *lista para transplante*. Podemos concluir, que os doentes renais crónicos que se encontram em *lista para transplante* utilizam mais estratégias de *Coping* (M=140; DP=14.78);(t=4.85; p<.001).

Desta forma, verifica-se que as estratégias Controle/Recusa (t=4.02; p<.001) (M=41.40; DP=6.99). e de Suporte e Distração Social (t=3.11; p<.003), são mais utilizadas por estes doentes (M=76.60; DP=14.57), respectivamente.(Tabela 19)

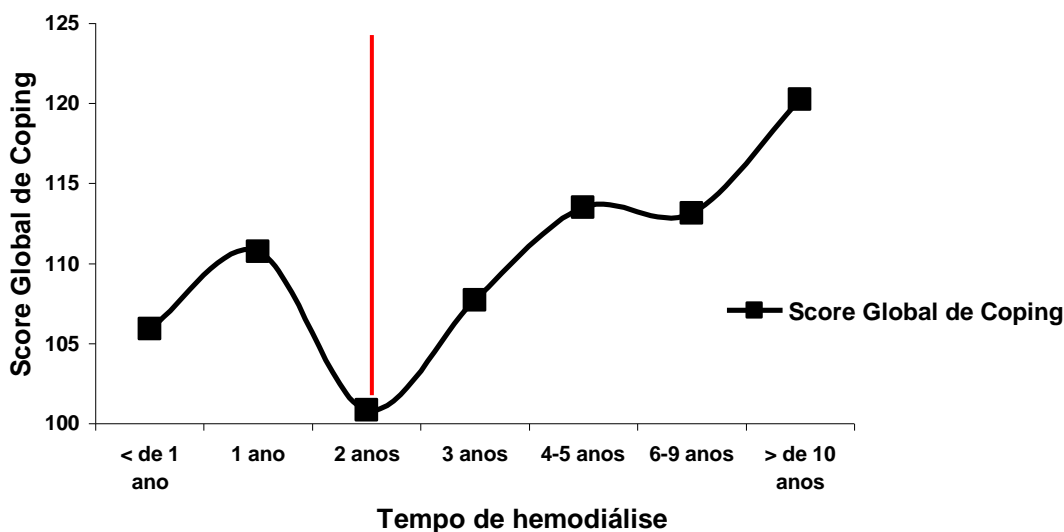
**Tabela19-** Factores e *Score Global de Coping* de acordo com *lista para transplante*

	Lista para transplante renal?	N	Média	Valor t	Significância
Factor 1 Controle e recusa	Sim	5	41,40	t=4,02	P<.001
	Não	55	29,64		
Factor 2 Suporte e distração social	Sim	5	76,60	t=3,11	P<.003
	Não	55	57,07		
<i>Score Global de Coping</i>	Sim	5	140,60	t=4,85	P<.001
	Não	55	105,42		

Como podemos observar através da curva de distribuição das médias do *Score de Coping Global* pelo *tempo de hemodiálise*, a média mais elevada (M=120.25; DP=20.95) verifica-se quando o *tempo de hemodiálise* é igual ou superior a 10 anos. Regista-se uma tendência geral para o *Score de Coping Global* aumentar de acordo com o *tempo de hemodiálise*. Porém constata-se uma descida acentuada no segundo ano, sendo neste ano em que se observa a média mais baixa (M=100.85; DP=16.30).(Gráfico 7)

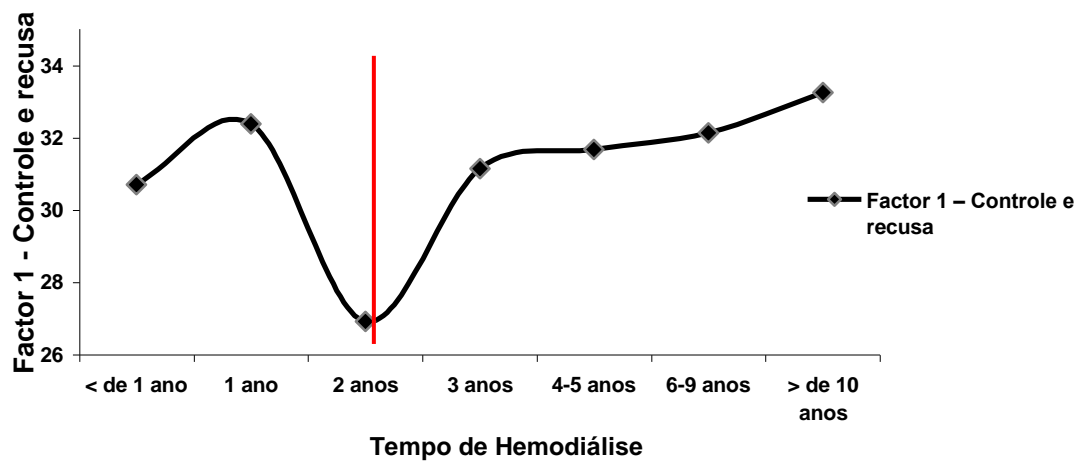
O complemento por dependência é atribuído a pessoas, com dificuldade de realizar autonomamente algumas actividades e que necessitam de o apoio de outra pessoa ou instituição

**Gráfico7:** Médias do *Score Global de Coping* em função do tempo de hemodiálise.

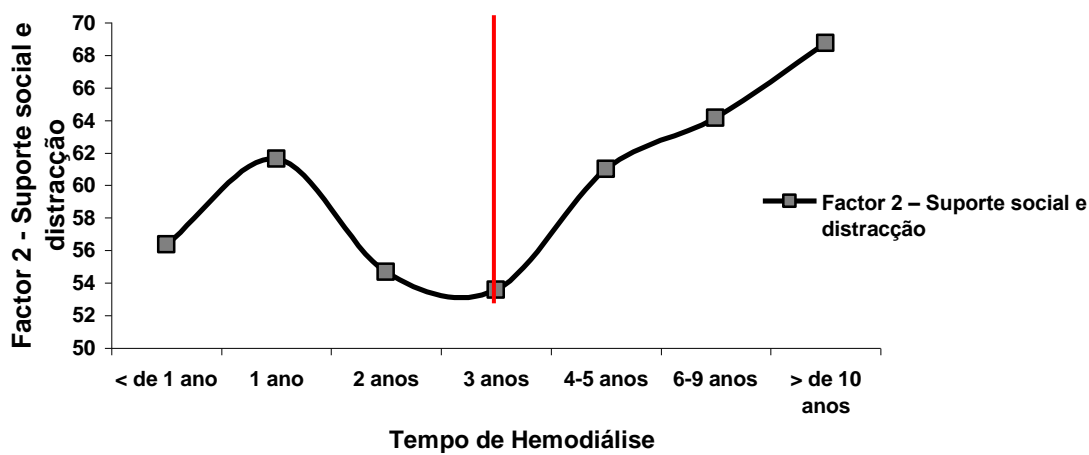


No que se refere às diferentes estratégias utilizadas (Gráficos 8,9 e 10) observamos que o Controle/Recusa se mantém praticamente constante durante todo *tempo de hemodiálise*, à exceção do segundo ano onde se observa a média mais baixa ( $M=26.92$ ;  $DP=4.72$ ), na estratégia Suporte e Distracção Social percebemos que existe uma tendência para a utilizar mais tendo em conta o *tempo de hemodiálise*, porém verifica-se uma descida acentuada no segundo e terceiro ano, sendo que este último tem a média mais baixa ( $M=53.57$ ;  $DP=13.59$ ). A estratégia de Retraimento, aumenta até ao terceiro ano de hemodiálise, atingindo aqui o seu valor mais elevado ( $M=23$ ;  $DP=8.68$ ), voltando depois a diminuir.

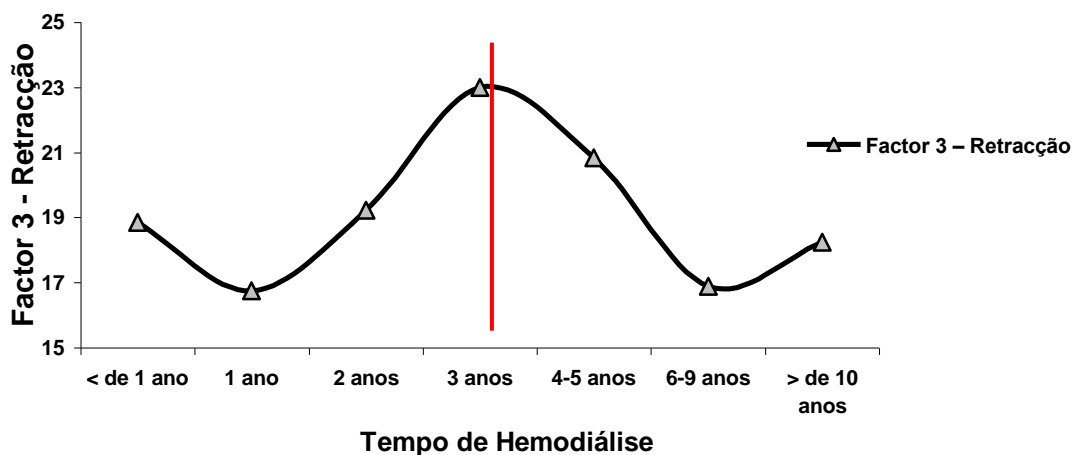
**Gráfico 8** – Médias do factor Controle e Recusa em função do tempo de hemodiálise



**Gráfico 9** – Médias do factor Suporte Social e Distracção por tempo de hemodiálise

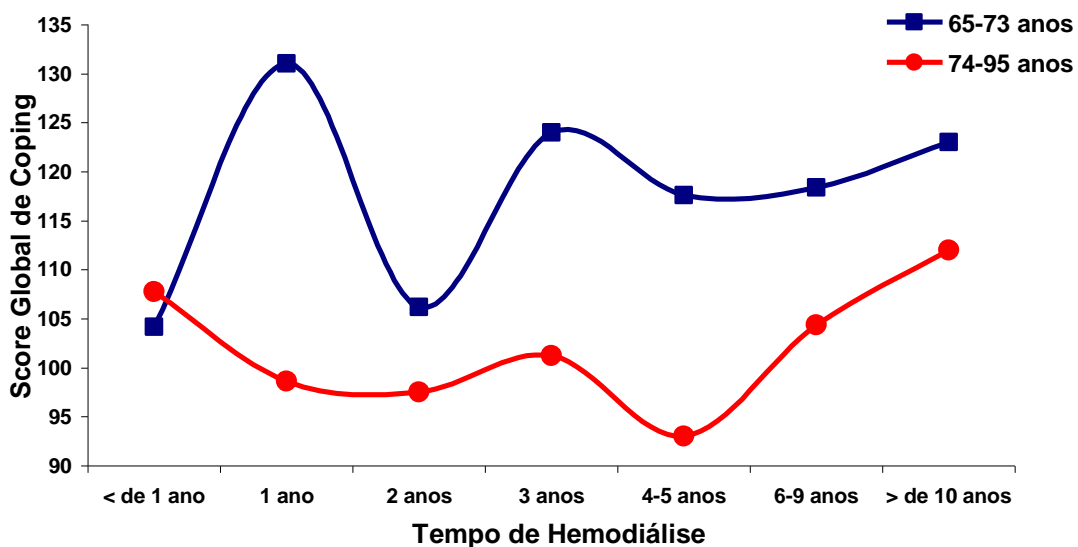


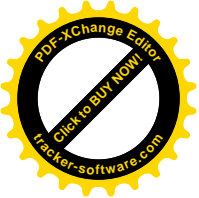
**Gráfico 10**– Médias do factor Retraimento por tempo de hemodiálise



Relativamente à idade verificamos que os doentes renais crónicos dos 65 aos 73 anos, utilizam mais estratégias de *Coping*, sendo que o declínio mais acentuado neste grupo se observa no segundo ano de hemodiálise (M=106.20; DP=20.63). Porém, nos doentes com idades mais avançadas (74-95 anos), é no quarto e quinto ano de hemodiálise que se verifica a média mais baixa (M=93).(Gráfico 11)

**Gráfico 11:** Médias do *Score* Global de *Coping* em dois grupos etários, em função do tempo de hemodiálise.





Comparando a variável *gênero* e o *tempo de hemodiálise* constata-se que os indivíduos do *sexo masculino* que fazem tratamento de hemodiálise *num período menor ou igual a dois anos*, utilizam mais a estratégia Controle e Recusa do que os indivíduos do *sexo feminino* com  $p<.03$  e  $t=2,27$ , enquanto nos que fazem o tratamento *há mais de 2 anos*, verifica-se que os do *sexo masculino* ( $M=118,19$ ) que utilizam mais estratégias de Coping do que os do *sexo feminino* ( $M=103,33$ ) com  $t=2,57$  e  $p<.02$ .(Tabelas 20 e 21)

**Tabela 20:** Médias do Controle e Recusa segundo o gênero em indivíduos cujo tempo de hemodiálise é inferior a 2 anos

	Sexo	N	Média	Significância	Valor t
Factor 1 Controle e recusa	Masculino	15	32,67	$p<.03$	T=2,27
	Feminino	20	27,45		

**Tabela 21:** Médias ETC Global segundo o gênero em indivíduos cujo tempo de hemodiálise é superior a 2 anos

	Sexo	N	Média	Significância	Valor t
ETC Global	Masculino	16	118,19	$p<.02$	T=2,57
	Feminino	9	103,33		

### 3.4. Questionário de Qualidade de Vida

#### 3.4.1. Análise de algumas propriedades psicométricas na amostra

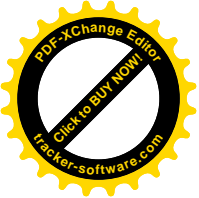
Os resultados desta escala revelam um coeficiente de alfa de *Cronbach* de .69, o que aponta para uma boa consistência interna. Para isso foram eliminados os itens (10, 11, 32, 24, 6, 39, 28, 36, 34, 9, 37, 25, 11, 31).

Em relação à estrutura factorial da escala, a análise de componentes principais (com rotação *Varimax*) revelou a existência de dois factores um negativo (Depressividade e cansaço) e um positivo (Capacidades). (Tabela 22)

**Tabela 22-** Factores e itens da escala de qualidade de vida

Factores	Itens
<b>Factor 1 - Depressividade e Cansaço</b>	29. Sente-se triste?
	27. Sente-se tenso, nervoso ou irritado?
	21. Sente-se fraco?
	20. Precisa de descansar mais?
	18. Tem medo que a sua doença se complique?
	17. Sente dores?
	30. Pensa muitas vezes na sua doença?
	2. Sente necessidade de estar na cama?
	38. Os efeitos secundários (vómitos, queda de cabelo, etc.) causados pelo tratamento alteraram muito a sua vida?
	22. Recorda-se muitas vezes da sua vida, na altura em que tinha saúde?
	5. Necessita de ir ao médico muitas vezes?
	19. Agora sente-se mais preocupado com a sua família, do que antes de adoecer?
	23. Tem dificuldades em concentrar-se?
	4. Agora tem mais pesadelos do que antes de estar doente?
	7. Tem menos forças?
	33. Pensou em suicidar-se?
<b>Factor 2 - Capacidades</b>	1. Consegue deslocar-se e passear?
	26. Mantém o interesse pelos seus passatempos (ex. leitura, desporto, etc.)?
	13. É capaz de fazer o seu trabalho habitual?
	12. É capaz de fazer esforços físicos?
	15. Consegue vestir-se sozinho?
	3. Dorme o suficiente?
	14. Sente-se calmo e relaxado?
	16. É capaz de comer sem ajuda?
	35. Recebeu informação adequada sobre a doença?
	40. Sente-se apoiado pela sua família, agora que está doente?

O primeiro factor (Depressividade e Cansaço), apresenta um coeficiente de alfa de *Cronbach* de  $\alpha=.89$ , com um Valor Próprio de 9,26 e a percentagem da variância de



23,16.;o segundo (Capacidades) revelou um  $\alpha=.84$ , com Valor Próprio de 3,87 e a Percentagem da Variância de 9,67.(Tabela 23 )

**Tabela 23** – Análise da consistência interna do Questionário de Qualidade de Vida- *Alfa de Cronbach*

Factores	<i>Alfa de Cronbach</i>
Factor 1 -Depressividade e Cansaço	.89
Factor 2 -Capacidades	.84
Qualidade de Vida Diferencial	.69

São obtidos resultados que indicam que: a Média(M) do *Score* Global de Qualidade de Vida é de -,89 e o Desvio Padrão(DP) de 8,35. Assim encontrámos para o factor “Depressividade e Cansaço” M=20,43 e DP=4,91 e para o factor “Capacidades” M=19,55 e DP=4,74. (Tabela 24)

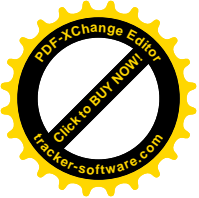
**Tabela 24** – Média e desvio padrão dos dois factores da escala e da Qualidade de Vida Diferencial

	Média	Desvio Padrão
Depressividade e Cansaço	20,43	4,91
Capacidades	19,55	4,74
QV Diferencial	-,89	8,35

### 3.4.2.Análise das diferenças de Qualidade de Vida segundo as variáveis sócio demográficas

Procurámos identificar as diferenças ao nível da Qualidade de Vida relatadas pelos sujeitos, segundo as diversas variáveis sócio demográficas aqui abordadas - *género, idade, escolaridade, subsídio de assistência à 3.ª pessoa, tipo de habitação*– bem como as derivadas do seu cruzamento com algumas variáveis clínicas, nomeadamente *tempo de hemodiálise e lista para transplante*.

Verificámos que os indivíduos do *sexo masculino* têm uma Qualidade de Vida Diferencial superior (M=2,79) aos do *sexo feminino* (M=-4,81);(  $t=3,93$  e  $p<.001$ ); e obtiveram também valores superiores no factor Capacidades (M=21,37), no entanto o



factor Depressividade e Cansaço é mais frequente nos indivíduos do *sexo feminino* (M=22,41) do que nos do *sexo masculino* (M=18,58), ( $t=3,26$  e  $p<.002$ ). (Tabela 25)

**Tabela 25** – Factores e Qualidade de Vida Diferencial segundo o género

	Sexo	N	Média	Valor t	Significância
QV Factor 1 Depressividade e cansaço	Masculino	31	18,5806	$t=3,26$	$p<.002$
	Feminino	29	22,4138		
QV Factor 2 Capacidades	Masculino	31	21,3677	$t=3,33$	$p<.002$
	Feminino	29	17,6000		
QV diferencial	Masculino	31	2,7871	$t=3,93$	$p<.001$
	Feminino	29	-4,8138		

Constatámos ainda que a Qualidade de Vida Diferencial da faixa etária dos 65-73 anos (M=2,44) tem um valor superior ao da *faixa dos 74-95 anos* (M=-4,21, com  $p <.001$  e  $t = 3,34$ ). Este resultado deve-se essencialmente aos doentes do *sexo masculino*. É também neste grupo etário (M=21,8400) que se encontram valores superiores no factor Capacidades.

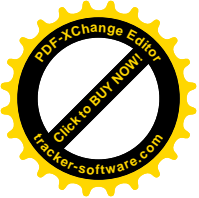
Observámos ainda que os indivíduos mais novos têm uma qualidade de vida superior. (Tabela 26)

**Tabela 26** – Factores e Qualidade de Vida Diferencial segundo a idade

	Idades	N	Média	Valor t	Significância
QV Factor 2 Positivo Capacidades	65-73 anos	30	21,8400	$t=4,26$	$p<.001$
	74-95 anos	30	17,2533		
QV diferencial	65-73 anos	30	2,4400	$t=3,34$	$p<.001$
	74-95 anos	30	-4,2133		

Verificamos também no nosso estudo que os indivíduos com *escolaridade do ensino primário ao universitário* (M =,71) têm uma Qualidade de Vida Diferencial relativamente aos *sem escolaridade* (M=-4,32;  $t=2,24$  e  $p<.03$ ). Assim como se sentem mais capazes (M=20,6829;  $t=2,90$  e  $p<.005$ ). (Tabela 27)





**Tabela 27** – Factores e Qualidade de Vida Diferencial segundo a escolaridade

	Habilitações Literárias	N	Média	Valor t	Significância
QV Factor 2 Positivo Capacidades	Sem escolaridade	19	17,0947	t=2,90	P<.005
	Do ensino primário ao universitário	41	20,6829		
QV diferencial	Sem escolaridade	19	-4,3263	t=2,24	p<.03
	Do ensino primário ao universitário	41	0,7073		

Quanto à situação de dependência de outrem para a realização das tarefas/actividades pessoais, os indivíduos que *não usufruem de complemento por dependência* (M=1,29) têm uma Qualidade de Vida Diferencial superior *aos que usufruem da mesma* (M=-6,87); (t=3,68 e p<.001).

Os *que não usufruem de complemento* sentem-se mais capazes (M=20,89) do que os *que usufruem* (M=15,85) (t=4,11 e p<.002). Sendo a Depressividade e Cansaço mais frequente *nos que usufruem de complemento* (M=22,72) do que *nos que não usufruem* (M=19,60), (t=2,25 e p<.03).

**Tabela 28** – Factores e Qualidade de Vida Diferencial segundo a complemento por dependência

	Complemento por dependência	N	Média	Valor t	Significância
QV Factor 1 Negativo Depressividade e cansaço	Sim	16	22,72	t=2,25	p<.03
	Não	44	19,60		
QV Factor 2 Positivo Capacidades	Sim	16	15,85	t=4,11	p<.001
	Não	44	20,89		
QV diferencial	Sim	16	-6,87	t=3,68	p<.001
	Não	44	1,29		

Relativamente à *zona de residência*, os indivíduos *que não residem em lar* sentem uma melhor Qualidade de Vida Diferencial ( $M=-,28$ ) do que os que nele residem ( $M=-7,52$ ), ( $p<.009$  ;  $t=2,72$ ).

Também *os que não residem em lar* apresentam indicadores superiores ao nível do factor Capacidades ( $M=20,31$ ;  $p<.002$  e  $t=3,21$ ). (Tabela 29)

**Tabela 29** - Factores e Qualidade de Vida Diferencial segundo o tipo de habitação

	Tipo de habitação	N	Média	Valor t	Significância
QV Factor 2 Positivo Capacidades	Lar	9	15,20	$t=3,21$	$p<.002$
	Todos os outros*	51	20,31		
QV diferencial	Lar	9	-7,52	$t=2,72$	$p<.009$
	Todos os outros	51	,28		

\*(Casa unifamiliar e apartamento; habitação social; parte da casa; barraca)

De seguida, procurámos identificar as diferenças ao nível da qualidade de vida relatada pelos insuficientes renais crónicos, segundo as variáveis clínicas: *lista para transplante* e *tempo de hemodiálise*.

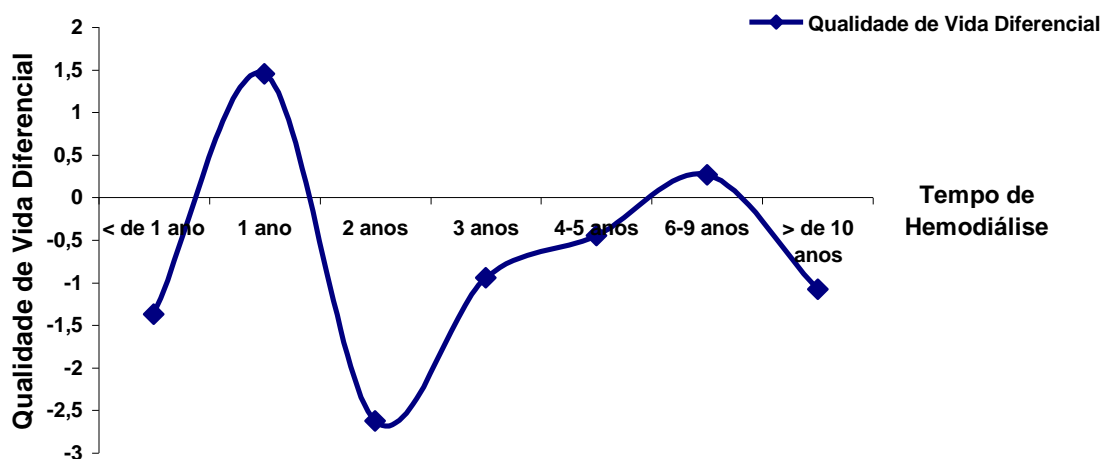
No que se refere à Qualidade de Vida Diferencial nas variáveis clínicas, verificámos que os indivíduos que estão em *lista para transplante renal* têm maior Qualidade de Vida Diferencial ( $M=6,96$ ), do que os que não estão ( $M=-1,60$ ); com  $p <.03$  e  $t =2,27$ , e que se sentem também mais capazes ( $M=26,56$ ; com  $t =3,84$  e  $p<.001$ ). (Tabela 30)

**Tabela 30** – Factores e Qualidade de Vida Diferencial segundo lista de espera para transplante renal

	Lista para transplante renal?	N	Média	Valor t	Significância
QV Factor 2 Positivo Capacidades	Sim	5	26,56	$t=3,84$	$P<.001$
	Não	55	18,91		
QV diferencial	Sim	5	6,96	$t=2,27$	$p<.03$
	Não	55	-1,60		

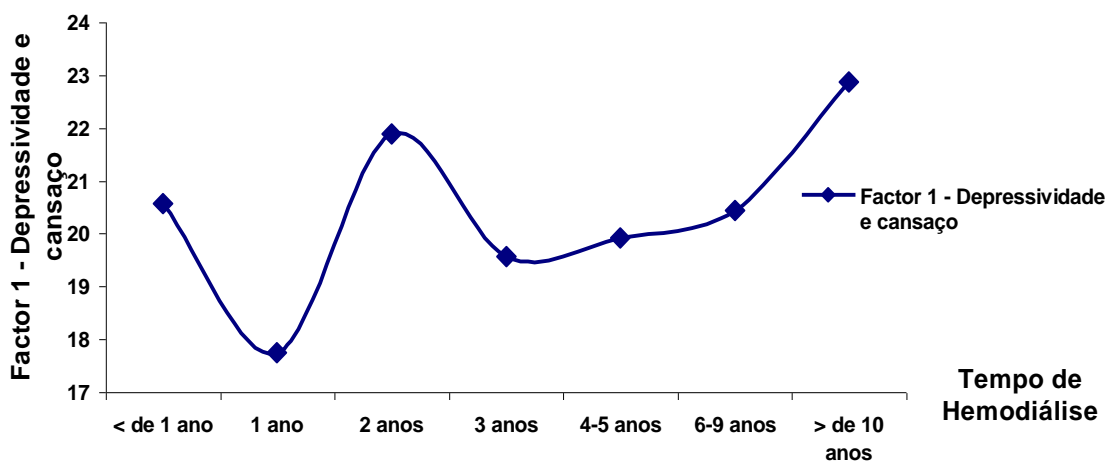
Face aos resultados do nosso estudo e tendo em conta o que foi referido anteriormente, nas curvas de distribuição das médias de Qualidade de Vida Diferencial pelo *tempo de hemodiálise* são inconstantes, a média mais elevada regista-se no 1º ano de tratamento de hemodiálise  $M=1,45$ , porém existe uma descida acentuada no 2º ano de Tratamento, onde se regista a média mais baixa  $M=-2,6$ . A partir do 3º ano volta a aumentar até aos 6-9 anos  $M=0,26$ , voltando a descer a partir do 9º ano. (Gráfico 12)

**Gráfico 12-** Média da Qualidade de Vida Diferencial em função do tempo de hemodiálise

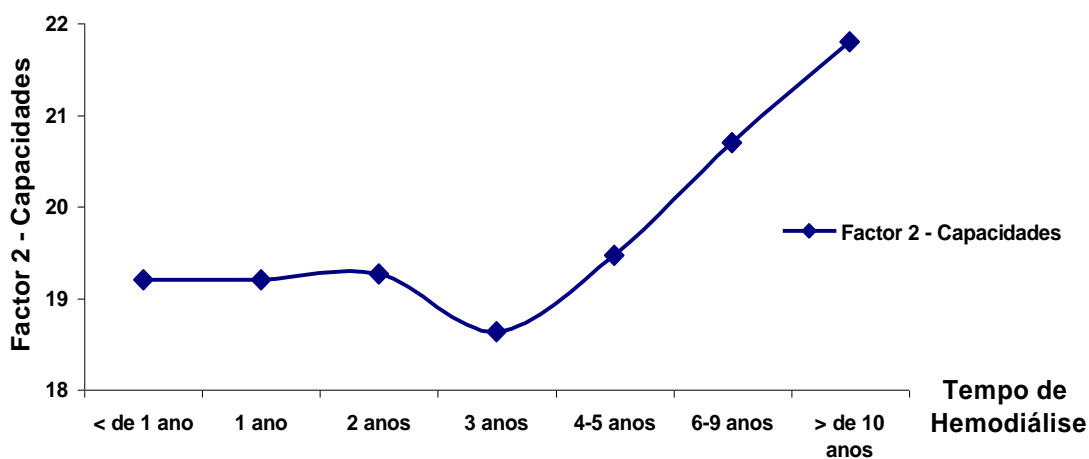


Tendo em conta a importância dos 2 factores em relação ao *tempo de tratamento* de hemodiálise, verificámos que a manifestação do factor Depressividade e Cansaço é menor no 1º ano de *tempo de tratamento*  $M=17,75$ , verificando-se uma subida após o 1º ano, sendo esta mais acentuada no 2º ano  $M=21,8$  e no 10º ano  $M=22,8$ , e a utilização do factor no 3º ano regista-se uma ligeira descida  $M=18,6$  mas a partir do 3º ano de tratamento verifica-se uma subida gradual. (Gráficos 13 e 14)

**Gráfico 13** – Médias do factor Depressividade e Cansaço em função do tempo de hemodiálise



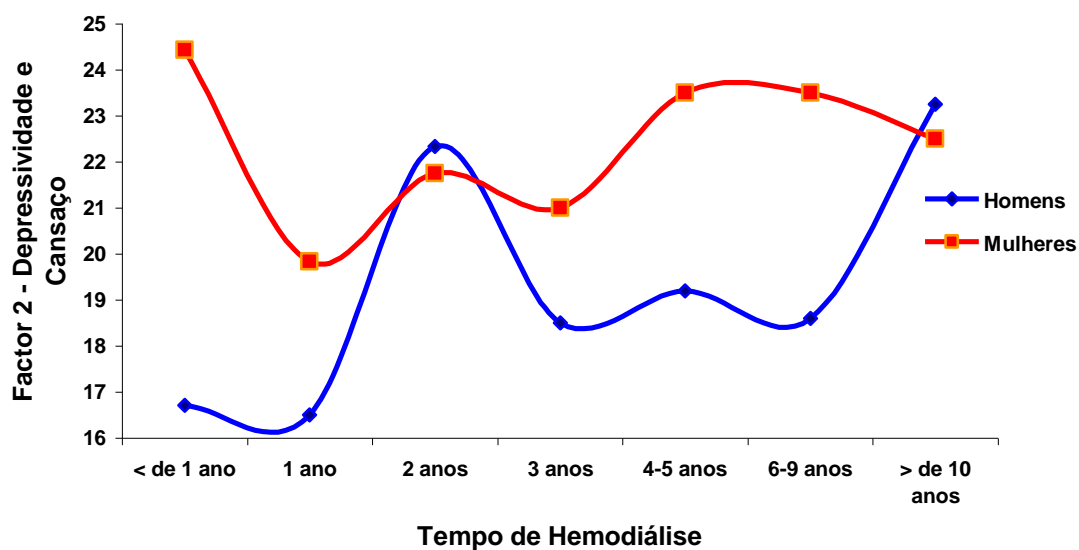
**Gráfico 14** - Médias do factor Capacidades em função do tempo de hemodiálise



Constatámos também na curva de distribuição das médias referentes ao factor Depressividade e Cansaço quanto *ao género* que a amplitude das variações é menor nos doentes do *sexo feminino*, com médias de no 1º ano  $M=24,4$  e entre os 4º e 9º ano  $M=23,5$ ; e que os doentes do *sexo masculino* manifestam menos o factor Depressividade e Cansaço,

embora no 2º ano(M=22,3) e a partir do 9º ano(M=23,5) se aproximarem às médias do *sexo feminino*.(Gráfico 15)

**Gráfico 15** – Média do factor Depressividade e Cansaço quanto ao género, em função do tempo de hemodiálise



#### 4-Correlação entre escalas de Apoio Social, *Coping* e Qualidade de Vida e respectivos factores

**Tabela 31** - Coeficientes de correlação entre Escalas e respectivos factores

		EAS diferencial	ETC Global	QV diferencial
<b>EAS diferencial</b>	Pearson Correlation	1		
	Sig. (2-tailed)	.		
	N	60		
<b>ETC Global</b>	Pearson Correlation	,356(**)	1	
	Sig. (2-tailed)	,005	.	
	N	60	60	
<b>QV diferencial</b>	Pearson Correlation	,380(**)	,633(**)	1
	Sig. (2-tailed)	,003	,000	.
	N	60	60	60

\*\* Correlação significativa a 0.01

A análise das três escalas (Apoio Social, *Coping* e Qualidade de Vida) utilizadas no nosso estudo em idosos insuficientes renais crónicos revelou uma correlação positiva entre todas evidenciando os seguintes resultados: - correlação positiva (0,35; <0,01) entre o *coping* global e o apoio social diferencial; isto é; à medida que o *coping* aumenta, aumenta também o apoio social.

- A qualidade de vida também tem uma correlação positiva com o apoio social (0,38;  $p < 0,01$ ) e com o *coping* global (0,633;  $p < 0,01$ ), assim quanto maior for o apoio social e as estratégias de *coping* maior será a qualidade de vida dos doentes renais crónicos.(Tabela32, Figura5).

**Tabela 32** - Correlações entre escalas e respectivos factores

	ASD	Factor 1 AEI	Factor 2 DAI	SGC	Factor 1 CR	Factor 2 SSD	Factor 3 R	QVD	Factor 1 DC	Factor 2 C
ASD	1									
Sig. (2-tailed)	,									
Factor 1 AEI	,759**	1								
Sig. (2-tailed)	,000	,								
Factor 2 DAI	-,819**	-,247	1							
Sig. (2-tailed)	,000	,057	,							
SGC	,356**	,390	-,186	1						
Sig. (2-tailed)	,005	,002	,155	,						
Factor 1 CR	,318	,293	-,215	,648**	1					
Sig. (2-tailed)	,013	,023	,100	,000	,					
Factor 2 SSD	,420**	,468**	-,212	,881**	,368	1				
Sig. (2-tailed)	,001	,000	,104	,000	,004	,				
Factor 3 R	-,301	-,284	,198	,175	-,082	-,148	1			
Sig. (2-tailed)	,019	,028	,130	,180	,533	,257	,			
QVD	,380**	,303	-,298	,633**	,743**	,490**	-,121	1		
Sig. (2-tailed)	,003	,019	,021	,000	,000	,000	,359	,		
Factor 1 DC	-,291	-,248	,214	-,341	-,653**	-,168	,131	-,871**	1	
Sig. (2-tailed)	,024	,056	,100	,008	,000	,198	,317	,000	,	
Factor 2 C	,368	,277	-,304	,763**	,634**	,690**	-,076	,861**	-,500**	1
Sig. (2-tailed)	,004	,032	,018	,000	,000	,000	,562	,000	,000	,

\*\* Correlação significativa a 0.01

Correlação Positiva ( $p < .01$ )

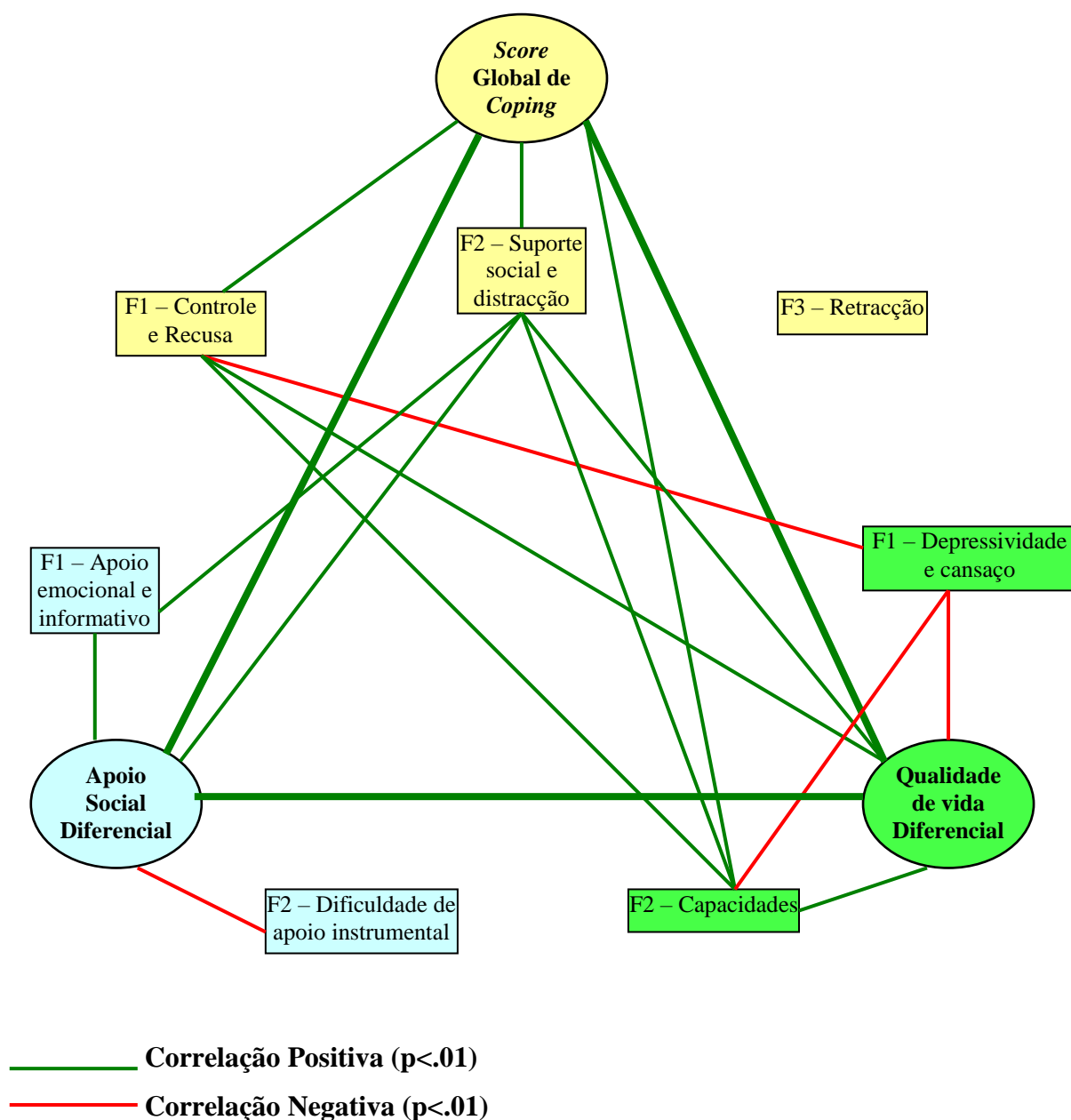


Correlação Negativa ( $p < .01$ )



Através da tabela 32, pudemos verificar as diversas correlações positivas e negativas entre as escalas e os respectivos factores. Neste sentido, para melhor elucidar estas relações construímos a figura 5.

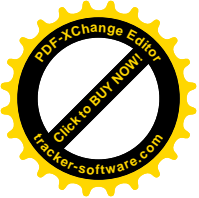
**Figura 5:** Correlações entre escalas e respectivos factores



No que diz respeito às correlações entre as escalas verificamos que estas são positivas e estatisticamente significativas, indicando que quanto mais elevados forem os valores de Apoio Social, mais elevados são os valores de *Coping* e de Qualidade de Vida e vice-versa. (Figura 5)

Relativamente ao *Controle e Recusa*, observamos três correlações positivas e uma negativa. Assim, podemos dizer que à medida que o *Controle/Recusa* aumenta, também





aumenta o *Score Global de Coping*, a *Qualidade de Vida Diferencial* e as *Capacidades*. Porém, à medida que o *Controle/Recusa* aumenta, diminui a *Depressividade e Cansaço*.

No que diz respeito ao *Suporte Social e Distração*, verificamos a existência de cinco correlações positivas. Neste sentido, à medida que o *Suporte Social/Distração* aumenta, também aumenta o *Score Global de Coping*, o *Apoio Social Diferencial*, *Apoio Emocional e Informativo*, a *Qualidade de Vida Diferencial* e a *Depressividade e Cansaço*.

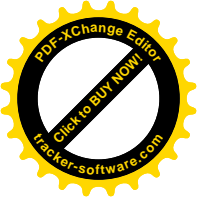
Quanto à *retração* não foi observada qualquer correlação significativa.

Relativamente ao *Apoio Emocional e Informativo*, constatámos apenas duas correlações positivas, ao seja, à medida que o *Apoio Emocional e Informativo* aumenta, também aumenta o *Apoio Social Diferencial* e o *Suporte Social e Distração*.

Na *Dificuldade de Apoio Instrumental* apenas se observou uma correlação negativa com o *Apoio Social Diferencial*, isto é, quanto maiores são *Dificuldades de Apoio Instrumental*, menor é o *Apoio Social Diferencial*.

No que concerne à *Depressividade e Cansaço*, observam-se três correlações negativas. Deste modo, à medida que a *Depressividade/Cansaço* aumenta, diminui a *Qualidade de Vida Diferencial*, as *Capacidades*, e o *Controle/Recusa*.

Para concluir, relativamente às *Capacidades*, verificamos a existência de quatro correlações positivas e uma negativa. Assim, podemos afirmar que à medida que as *Capacidades* aumentam, também aumenta a *Qualidade de Vida Diferencial*, o *Score Global de Coping*, o *Controle/Recusa*, o *Suporte Social e Distração*. Contudo, quando as *Capacidades* aumentam diminui a *Depressividade e Cansaço*.



#### 4.1 – Correlação entre pontuações globais de Apoio Social, *Coping* e Qualidade de Vida segundo o Género

**Tabela 33-** Coeficientes de Correlação entre escalas no sexo masculino

		EAS diferencial	ETC Global	QV diferencial
EAS diferencial	Pearson Correlation	1		
	Sig. (2-tailed)	.		
	N	31		
ETC Global	Pearson Correlation	,206	1	
	Sig. (2-tailed)	,266	.	
	N	31	31	
QV diferencial	Pearson Correlation	,242	,411(*)	1
	Sig. (2-tailed)	,190	,022	.
	N	31	31	31

\* Correlação significativa a 0.05

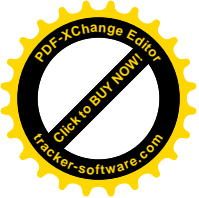
**Tabela 34-** Coeficientes de correlação entre escalas no sexo feminino

		EAS diferencial	ETC Global	QV diferencial
EAS diferencial	Pearson Correlation	1		
	Sig. (2-tailed)	.		
	N	29		
ETC Global	Pearson Correlation	,390(*)	1	
	Sig. (2-tailed)	,037	.	
	N	29	29	
QV diferencial	Pearson Correlation	,425(*)	,762(**)	1
	Sig. (2-tailed)	,022	,000	.
	N	29	29	29

\* Correlação significativa a 0.05

\*\* Correlação significativa a 0.01

Assim constatámos no género masculino existir uma correlação positiva entre a qualidade de vida e o *coping* global (0,411;  $p < 0,05$ ), ou seja, à medida que o *coping* global aumenta, também aumenta a qualidade de vida, no feminino as correlações acompanham a tendência global.



## 4.2 – Correlação entre pontuações globais de Apoio Social, *Coping* e Qualidade de Vida segundo a Idade

**Tabela 35-**Coeficientes de correlação entre escalas e os indivíduos da faixa etária dos 65-73 anos

		EAS diferencial	ETC Global	QV diferencial
<b>EAS diferencial</b>	Pearson Correlation	1		
	Sig. (2-tailed)	.		
	N	30		
<b>ETC Global</b>	Pearson Correlation	,157	1	
	Sig. (2-tailed)	,406	.	
	N	30	30	
<b>QV diferencial</b>	Pearson Correlation	,257	,576(**)	1
	Sig. (2-tailed)	,170	,001	.
	N	30	30	30

\*\* Correlação significativa a 0.01

**Tabela 36-**Coeficiente de correlação entre escalas e os indivíduos da faixa etária dos 74-95 anos

		EAS diferencial	ETC Global	QV diferencial
<b>EAS diferencial</b>	Pearson Correlation	1		
	Sig. (2-tailed)	.		
	N	30		
<b>ETC Global</b>	Pearson Correlation	,498(**)	1	
	Sig. (2-tailed)	,005	.	
	N	30	30	
<b>QV diferencial</b>	Pearson Correlation	,467(**)	,560(**)	1
	Sig. (2-tailed)	,009	,001	.
	N	30	30	30

\*\* Correlação significativa a 0.01

No que se refere à idade, constata-mos uma correlação forte e positiva (0,576;  $p < 0,01$ ) entre a qualidade de vida e o *coping* global na faixa etária dos 65-73 anos; ou seja à medida que as estratégias de *coping* aumentam, melhor é a qualidade de vida dos doentes. Na faixa etária dos 74-95 anos acompanha a tendência inicial de existir uma correlação forte e positiva em todas as variáveis

### 4.3 – Correlação entre pontuações globais de Apoio Social, Coping e Qualidade de Vida por “Tempo de Hemodiálise”

**Tabela 37-**Coeficiente de correlação entre escalas e tempo de hemodiálise menor ou igual que 2 anos

		EAS diferencial	ETC Global	QV diferencial
<b>EAS diferencial</b>	Pearson Correlation	1		
	Sig. (2-tailed)	.		
	N	35		
<b>ETC Global</b>	Pearson Correlation	,448(**)	1	
	Sig. (2-tailed)	,007	.	
	N	35	35	
<b>QV diferencial</b>	Pearson Correlation	,565(**)	,774(**)	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	.
	N	35	35	35

\*\* Correlação significativa a 0.01

Constatámos também existir uma correlação forte e positiva nos indivíduos que fazem hemodiálise, constatou-se que nos indivíduos que fazem tratamento de hemodiálise num período *menor ou igual que dois anos*.

**Tabela 38-** Coeficiente de correlação entre escalas e tempo de hemodiálise superior a 2 anos

		EAS diferencial	ETC Global	QV diferencial
<b>EAS diferencial</b>	Pearson Correlation	1		
	Sig. (2-tailed)	.		
	N	25		
<b>ETC Global</b>	Pearson Correlation	,319	1	
	Sig. (2-tailed)	,120	.	
	N	25	25	
<b>QV diferencial</b>	Pearson Correlation	,119	,352	1
	Sig. (2-tailed)	,572	,084	.
	N	25	25	25

Enquanto nos que fazem hemodiálise *há mais de dois anos*, não existem correlações entre as escalas analisadas.



## 5. Discussão

Este estudo em idosos com insuficiência renal crónica pretendeu, analisar até que ponto as estratégias de *coping* e o apoio social podem aumentar ou melhorar a qualidade de vida destes doentes.

Um dos objectivos que nos propusemos atingir consistia em avaliar a relação entre os níveis de apoio social e os indicadores de qualidade de vida. Numa primeira análise, observámos que os indivíduos que usufruíram de mais apoio social manifestaram uma maior qualidade de vida. O facto de se sentirem amados, especialmente quando se está doente e de se saber que existem pessoas que se preocupam, contribui fortemente para um melhor bem-estar e consequentemente melhora a qualidade de vida. Os vínculos sociais produzem um efeito importante e significativo na saúde física e bem-estar geral. A consciência de se sentirem amados e estimados por parte do meio, ou por percepcionarem a existência de pessoas em quem possam confiar e que demonstram preocupação e valorização, leva a uma maior satisfação com o suporte (Cobb, 1976, referido por Ornelas, 1994).

Os comportamentos de suporte parecem oferecer recursos externos (informação, assistência material e apoio emocional) aos sujeitos, bem como mobilizar recursos internos, que ajudam a ultrapassar os momentos de crise e angústia (Oliveira, 1998).

Tendo em consideração que uma boa saúde pode estar associada a um bom nível de qualidade de vida, pode dizer-se que o suporte social que a pessoa doente percebe ter, facilita na sua recuperação, o que vai afectar a qualidade de vida que ele relata. Segundo Hohauser e Berah (1996, citado por Ribeiro, 1999, p.549), a satisfação com o suporte social é uma das variáveis que está associada à satisfação com a vida e com os mediadores na protecção da saúde.

Paralelamente, Snyder (1977) e Burton *et al.* (1984, citado por Almeida, 1994:10) referem que o “suporte social é importante como factor preventivo e como tampão protector contra o impacto do *stress* nos indivíduos com insuficiência renal crónica”.

Os estudos de Rowland (1989) Cohen e Wills (1985) citados por Forjaz (1999) demonstraram a existência de relação positiva entre o apoio social e o bem-estar assim como Barrón (1996).

Assim concluíram que uma saúde deficiente era mais pronunciada entre os indivíduos que não tinham suporte social.



Assim, na recolha de dados do nosso estudo no que se refere ao apoio social, tendo em conta as variáveis sócio-demográficas e clínicas, revelou-se significativo ao nível *Estado Civil*.

De facto, os doentes com insuficiência renal crónica *casados, ou em união de facto*, apresentam um maior nível de apoio social. Esta situação poder-se-á explicar pelo facto destes doentes sentirem um acompanhamento e apoio mais regular, estável e permanente.

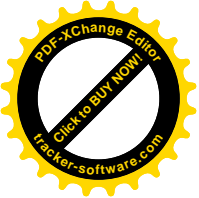
Lynch (1977) refere que em estudos efectuados a taxa de mortalidade é mais elevada por doenças crónicas em indivíduos *viúvos, divorciados ou solteiros* do que nos *casados*, por isso podendo esta incidência estar relacionada com baixos níveis de apoio social.

Paralelamente, Cutrona (1996, pág. 5) menciona que com “níveis baixos de apoio social que são submetidos a um *stress* intenso sofrem, como consequência desse facto, de uma má saúde física e mental; contudo, quando as pessoas estão protegidas por níveis altos de apoio social, mesmo quando são submetidos a um *stress* elevado, não descompensam nem a sua saúde se ressentem ou, se se ressentir, é um grau muito menor”.

Revenson (1990, citado por Oliveira, 1998), refere ainda que o apoio social é um factor importante e influente na vida das pessoas e que os indivíduos casados sobrevivem mais tempo que os solteiros ou divorciados.

Verifica-se uma média superior e mais estável de Apoio Social para os *casados e união de facto* do que para os *solteiros, viúvos e separados*. No primeiro ano de hemodiálise, os *solteiros, viúvos e separados* apresentam um maior nível de apoio social do que os *casados e união de facto*, talvez por apresentar uma atitude de recusa perante a realidade do tratamento de hemodiálise. No entanto, rapidamente, ou seja, no primeiro ano assistimos a uma quebra significativa de apoio social para os *solteiros, viúvos e separados*, pois a hemodiálise revela-se dolorosa, cansativa e desgastante quer em termos físicos como psicológicos, o tratamento exige em média 3 a 4 sessões semanais.

Para Newman e Newman (1995, pág. 56), “na velhice, as relações significativas tornam-se mais abstractas, à medida que uma pessoa desenvolve uma relação mais geral com a humanidade e ao mesmo tempo mais focada em alguém de quem é preciso cuidar ou



nos amigos que ainda vivem. Estas são as relações que transmitem as mensagens da sociedade e que evocam estados de tensão”.

Relativamente, a qualidade de vida e o “estado civil”, Kim e colaboradores (1999) observaram na sua amostra que a situação familiar era um importante predictor da qualidade de vida, apresentando os indivíduos casados um melhor perfil de estado de saúde na dimensão saúde em geral. No entanto, Layne (1986) realça o facto de que no contexto das relações conjugais, os intervenientes podem desempenhar o seu papel de forma positiva ou negativa, salientando que as pessoas podem normalmente preservar fontes de apoio fora do casamento.

Tendo em conta à *Zona de Residência* e o Apoio Social em função do tempo de hemodiálise, os indivíduos provenientes da *zona rural* revelam uma maior estabilidade no apoio social do que os provenientes da *zona urbana*. Parece existir nas zonas rurais uma maior solidariedade e amizade, geralmente em meios pequenos os indivíduos conhecem-se desde sempre enquanto que em meio urbano o modo de vida é mais individualizado.

Também os dados referentes ao *Apoio Emocional ,Informativo e Instrumental* em função do tempo de hemodiálise, revelam que estes doentes idosos não sentem uma grande necessidade de apoio social porque convivem com muitas pessoas (apoio emotivo) durante a hemodiálise, e são também acompanhados por vários técnicos (apoio informativo) em media três vezes por semana. Paralelamente, têm o apoio da família e também da sociedade, pois estes doentes têm alguns benefícios (apoio instrumental).

O *Apoio Emocional e Informativo* revela uma maior estabilidade a partir do terceiro ano de tratamento, talvez por estarem mais conformados com a doença e também terem um maior conhecimento. Assim, nos três primeiros anos de tratamento constata-se haver mais isolamento e negação, pois a doença implica várias rotinas, nomeadamente o tratamento por hemodiálise. Este tratamento é cansativo, pois implica várias deslocações semanais e é bastante doloroso. A nível físico vai havendo uma deterioração ao longo do tempo e a nível psicológico a situação é altamente desgastante. De facto, a qualidade de vida está sempre dependente do tratamento.

Por outro lado salienta-se a ligação entre o Apoio Social e o Bem-estar Psicológico. Mailloux-Poirier (1995) realça a importância da situação sócio-económica e habitacional,



do agregado familiar e da avaliação da qualidade das relações interpessoais numa perspectiva de crescimento pessoal.

Diener *et al.* (1993) relacionaram o nível económico com o bem-estar para as pessoas de elevados recursos económicos (bem-estar instrumental).

Posteriormente, Vaz Serra (1999) refere que as fontes económicas ligam-se a aspectos psicológicos e que ajudam a enriquecer a auto-estima do indivíduo que constitui uma fonte de motivação, crescimento psicológico e realização pessoal.

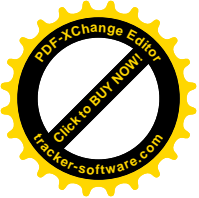
Também Husebye *e cols* (1987) relevam a importância do apoio social quando, num estudo em doentes idosos que se encontravam em tratamento de hemodiálise, demonstra a relevância positiva que a manutenção de uma actividade social normal tem no estado de saúde funcional e satisfação com a saúde nesses doentes.

Quanto ao objectivo que se pretende analisar o nível de estratégias de *coping*, verifica-se que os doentes renais do sexo masculino utilizam mais estratégias de *coping* do que os do sexo feminino. De facto, os doentes de sexo masculino utilizam mais a estratégia *Controle/Recusa* e paralelamente a estratégia *Suporte e Distracção Social* do que as mulheres, o que poderá explicar-se pelo facto destas terem tendência para serem mais depressivas e isolarem-se mais.

Observa-se também que os idosos doentes renais crónicos mais novos, da *faixa etária dos 65 aos 73 anos*, utilizam mais estratégias de *coping* do que os mais velhos, provavelmente pelo facto desses últimos sentirem-se mais cansados física e psicologicamente face a doença e ao tratamento. Consequentemente são também os mais novos que utilizam mais estratégias de *coping* nomeadamente *Controle/Recusa e Suporte/Distracção Social*. Poder-se-á referir que os doentes mais velhos por estarem numa idade mais avançada poder-se-ão sentir mais pessimistas relativamente ao tratamento.

Verifica-se ainda que o grupo de *casados e em união de facto* utilizam significativamente mais estratégias de *coping*, nomeadamente *Suporte Social e Distracção*, do que o grupo de *solteiros, viúvos e separados*, este resultado está relacionado com ao apoio social. De acordo com Stoller (1992), para os idosos casados a relação com o cônjuge é o que melhor prevê a satisfação de vida e a principal fonte de ajuda para lidar com os problemas de saúde e de incapacidade.





Existem, de facto, valores significativos na estratégia de *coping* Suporte Social e Distracção para os *indivíduos casados ou em união de facto* e que fazem hemodiálise há mais de dois anos.

Neste estudo verificou-se que os doentes com escolaridade utilizam mais estratégias de *coping* pois poderão procurar informação sobre a doença e o seu tratamento.

Constata-se também que nos idosos doentes renais crónicos que se encontram em *lista para transplante*, utilizam estatisticamente mais estratégias de *coping*. A esperança de poder vir a usufruir dum transplante, leva-os consequentemente a apresentar uma atitude mais optimista utilizando estratégias como *Controle/Recusa e Suporte/Distracção Social*.

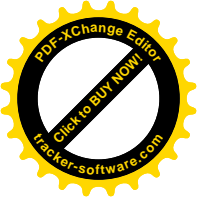
É de referir, por outro lado, que se regista uma tendência geral para o *Score de Coping Global* aumentar de acordo com o *tempo de hemodiálise*. Parece que o doente com o passar do tempo, vai adaptando e recorrendo a mais estratégias de *coping* para lidar com a doença. Existe, no entanto, uma descida acentuada no segundo ano, talvez por o doente se sentir mais exausto de tudo o que envolve o tratamento, ou seja que em média, faz três intervenções semanais de hemodiálise, podendo instalar-se a rotina. Também pode-se referir que é apenas no segundo ano de hemodiálise que o doente toma consciência que de facto está dependente do tratamento para a sua sobrevivência e consequentemente haja uma quebra na utilização das estratégias de *coping*.

Quanto ao objectivo que visa analisar o nível da qualidade de vida, a Organização Mundial de Saúde (1993) considera-a como sendo a percepção do sujeito da sua posição na vida, envolvendo o seu estado físico, psicológico e social do indivíduo.

Lomb *et al.* (1998) definem a qualidade de vida como um conceito multidimensional que mede a saúde social, mental e física que inclui as capacidades de adaptação ao *stress*, a presença de redes sociais e de apoio, e a satisfação com a vida, auto-estima e felicidade.

Salienta-se que no que se refere ao género *feminino* o factor *Depressividade/Cansaço* é mais frequente do que no género masculino. De facto, as mulheres têm tendência a serem mais depressivas do que os homens.

Um outro dado a referir é que os indivíduos mais novos têm uma qualidade de vida superior. Com a idade os seres humanos vão perdendo capacidades físicas, e até por vezes psicológicas, e consequentemente vai influenciar o bem-estar físico e psicológico assim como a qualidade de vida do sujeito.



Segundo Martinez (1997), as condições de vida, o salário, o emprego e a habitação, são factores determinantes da qualidade de vida. Quanto melhores forem estas condições, melhor será a qualidade de vida do indivíduo.

De facto, a condição de doença interfere com o equilíbrio psicodinâmico do sujeito em relação com o meio envolvente, confrontando-se a pessoa em causa com uma situação nova e diferente, capaz de lhe limitar o desempenho das suas obrigações sociais, profissionais e familiares (Oliveira, 1998).

É de salientar ainda que, de acordo Farquhar (1995) e Kwa *et al.* (1996) com a ocupação dos idosos em actividades significativas parece aumentar significativamente a qualidade de vida.

No nosso estudo, observa-se haver uma correlação significativa entre os indivíduos com mais escolaridade e uma boa qualidade de vida. De facto, segundo investigação de Ribeiro e Guterres (2002, pág.287) “verificou-se uma associação inversa entre níveis elevados de escolaridade e, Satisfação com a Saúde/QDV, ou seja, os indivíduos com mais anos de escolaridade tinham uma percepção mais baixa da sua saúde, resultados análogos aos de Skantze *et al.* (1992) que verificaram, que os doentes com níveis de escolaridade mais elevados apresentavam níveis de QDV inferiores”.

Segundo Oliveira (1994), os pacientes com um nível de escolaridade tendem a ter mais dificuldades em manifestar os seus sentimentos, nomeadamente os negativos, atribuindo deste modo, os seus problemas aos efeitos da doença. No entanto, não apresentam tanta ansiedade, nem sentimentos depressivos, e aceitam melhor a opinião e a segurança que o médico lhe dá.

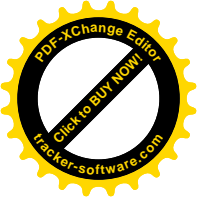
Assim sendo, possuir mais anos de educação/formação encontra-se associado a mais informação, e o sujeito, ao ter mais informação, poderá obter melhor consciencialização da sua doença, e das suas possibilidades de recuperação, levando-o a uma atitude possivelmente mais frontal e positiva e assim procurar ter uma melhor qualidade de vida. De facto, segundo Oliveira (1995), um maior grau de escolaridade está associado a mais informação que poderá influenciar o esclarecimento acerca da doença e reabilitação.

Também os doentes que não usufruem da prestação de complemento por dependência sentem-se mais capazes e os que usufruam apresentam níveis de *Depressividade e Cansaço* mais elevados.



É de salientar ainda que os indivíduos que residem em casa própria sentem uma melhor qualidade de vida, pois estão no seu próprio espaço, e sentem-se ainda capazes. Para Vaz Serra (1999), o casamento prediz estabilidade.

De acordo com a investigação de Evans e cols (1985), a qualidade de vida relacionada com a saúde é sempre menor nos hemodialisados idosos relativamente aos sujeitos mais jovens.



## 6. Conclusão

Os estudos recentes do INE (2000) mostram que os idosos portugueses são muito desfavorecidos, mas a sua condição psicossocial continua pouca conhecida.

Desse modo, é de realçar a importância do presente estudo para posteriormente servir de base a novas investigações e a novas estratégias de intervenção e planificação de acções, com objectivo de melhorar a qualidade de vida do idoso.

Esta investigação procurou demonstrar a importância do apoio social e das estratégias de *coping* para uma boa qualidade de vida.

Nos resultados desta pesquisa a percepção dos níveis de apoio social e de estratégias de *coping* foram significativos em idosos casados ou em união de facto, nomeadamente nos que fazem hemodiálise há mais de 2 anos.

Observou-se ainda valores significativos nos níveis de *coping* no grupo com escolaridade e no grupo de idosos doentes renais crónicos que se encontram em lista para transplante.

A doença crónica não é uma experiência meramente individual e subjectiva mas sim interpessoal e social. A definição ou o significado individual dado à doença influencia o mundo social do indivíduo e é por ele profundamente influenciado. A cultura social, bem como a rede social, são formadas pelas experiências individuais, nesta perspectiva, o significado de doença é negociado e definido em interações correntes e está profundamente embebido no mundo social (Atwood, 1996).

Como um acontecimento de vida, a doença crónica requer mudanças significativas no padrão de vida do indivíduo/família ou seja, requer reorganização de todos os membros da família.

A melhoria da qualidade de vida dos doentes com insuficiência renal crónico não depende exclusivamente de intervenções médicas e psicológicas, mas igualmente de transformações sociais e económicas.



O desenvolvimento de programas de acção social que têm por objectivo criar espaços alternativos de satisfação de necessidades de modo a evitar a perda de autonomia e de inserção social das pessoas idosas, devem prolongar a sua independência em casa e no ambiente social habitual (Guillemard, 2000).

Pimentel (2001, citado por Imaginário, 2004, p. 18) defende que “o cuidador principal não pode ser o único responsável pela manutenção da qualidade de vida do idoso dependente”.

As forças sociais têm um papel fulcral na defesa e protecção da saúde. Dessa forma, e de acordo com Cordeiro (1987), a atitude preventiva na terceira idade refere-se essencialmente a medidas de carácter médico-social que se oponham a todas as formas de isolamento e marginalização. Dever-se-á procurar integrar e tratar como pessoa integrante da comunidade a pessoa idosa. Assim sendo, poder-se-á criar condições favoráveis ao processo normal de involução, através de educação para a saúde e bem-estar físico e psicológico em termos preventivos e interventivos. Poder-se-á promover programas mais activos e eficazes, cita-se como exemplo: “como ter uma alimentação saudável”; “a importância da actividade física”; “o meu domicílio atende às condições de conforto, segurança e bem-estar?”; entre outros. Esses programas poderão ter como população-alvo todas as faixas etárias para dessa forma envolver a todos na procura de uma óptima qualidade de vida e informar e sensibilizar a população que, de facto, o bem-estar físico e psicológico não tem idade.

Existe ainda na nossa sociedade um certo maltrato e desrespeito face a figura idosa e doente. Pretende-se assim, com o presente estudo, a continuação de investigações nessa área com o intuito de promover programas que procurem melhorar a qualidade de vida dessa população considerando todos os factores abarcados neste trabalho que de facto contribuam para a qualidade de vida.

Limitações do estudo:

- Não houve nenhum grupo de controlo para poder comparar por exemplo estratégias de *coping* em idosos sem insuficiência renal crónica;

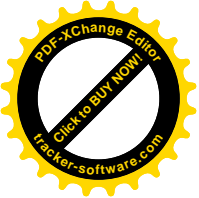


- Pouca referência literária acerca da qualidade de vida e insuficiência renal crónica em idosos.

Relativamente a futuras investigações, será importante haver uma continuação de estudos nessa área, nomeadamente estudos longitudinais. Poder-se-á avaliar a evolução dos indivíduos da amostra em termos de estratégias de coping *versus* qualidade de vida.

Poder-se-á também averiguar o envolvimento da família no processo de tratamento e sua importância.

Outra sugestão de investigação, será, num estudo comparativo, avaliar a importância da actividade/lazer em reformados e seu impacto na qualidade de vida.



## Referências Bibliográficas

Amorim, M.I.L.; Coelho, R. (1999). Saúde, doença e qualidade de vida. Revista Psiquiátrica Clínica. Coimbra: vol. 20, nº 3. Julho/Agosto.

Antoniazzi, A.S.; Dell’Aglío, D.D.; & Bandeira, D.R. (1998). O conceito de coping: Uma revisão teórica. Estudos de Psicologia (Natal), 2 (3), 1-5. Consultado a 4 de Março de 2007, através de Scielo Brasil.

Associação Portuguesa de Insuficiência Renal (APIR). (2000). A situação do insuficiente renal crónico. Os direitos dos insuficientes renais crónicos.V Encontro Nacional de Insuficientes renais crónicos. Lisboa

Aragão, R. (1998). Do Vínculo ao Suporte Social. Dissertação de Doutoramento em Psicologia Clínica. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Faculdade de Coimbra, Coimbra.

Araújo, F. L.; Carvalho, V. A. L. (2005). *Aspectos sócio-históricos e psicológicos da velhice*. In Revista de Humanidades, 6, vol. 13.

Associação Portuguesa de Insuficientes Renais (APIR). (2000). A situação do insuficiente renal crónico, os direitos dos insuficientes renais crónicos. V Encontro Nacional de Insuficientes renais crónicos. Lisboa.

Ball MM., Whittington FJ, Perkins MM. Et al. (2003). Quality of Life in Assisted Living Facilities: Viewpoints of Residents. Journal of Applied Gerontology, 19 (3): 304-325.

Ballone, G. J. (2000). Personalidade. In. PsiqWeb, programa de Psiquiatria Clínica na Internet, <http://www.psiqweb.med.br>

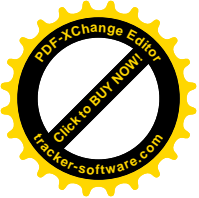
Baltes, P. B. (1995). Prefácio. In. Neri, A. L. (org). *Psicologia do envelhecimento: uma área emergente*, pp. 09-12. Campinas: Papirus.

Baltes, P. (1987). Theoretical proposition of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23, 611-626.

Barrera, M. (1986). Distinctions Between Social Support Concepts, Measures, and Models, *American Journal of Community Psychology*, col.14, nº4, p. 413-445.

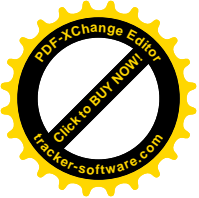
Barreto, J. (1984). *Envelhecimento e saúde mental: Estudo de epidemiologia psiquiátrica no concelho de Matosinhos*. Universidade do Porto: Faculdade de Medicina (dissertação de doutoramento)

Barrón, A. (1996). Apoio Social: aspectos teóricos y aplicaciones. Madrid: Siglo Veintiuno España Editores.



- Barros, J. (1999). Viver a morte – Abordagem antropológica e psicológica. Coimbra: Almedina.
- Bee, H. L. & Mitchell, S. K. (1984). *A pessoa em desenvolvimento*. São Paulo: Harbra.
- Bengtson, V. e Shaie, K. (Eds) (1999). *Handbook of theories of aging*. New York: Springer Publishing Company.
- Bennett, P. (2002). Introdução clínica à Psicologia da Saúde. Manuais Universitários 23. Climepsi Editores.
- Berger, L. (1995). Atitudes, mitos e estereótipos. In L. Berger e D. Mailloux – Poirier, *Pessoas idosas: Uma abordagem global* (pp. 63-71). Lisboa: Lusodidacta.
- Birren, J. (1961). A brief history of the psychology of aging. *Gerontologist*, 1, 69-77.
- Birren, J. (1999). Afterword. In V. Bengtson e K. Schaie, (Eds), *Handbook of theories of aging* (pp. 459-471). New York: Springer Publishing Company.
- Bishop, G.D. (1994). *Health Psychology: Integrating Mind and Body*. Boston, Allyn and Bacon.
- Bizze, P. R.; Viller, C. (s.d.). *A Terceira Idade*, Ed. Verbo, Lisboa, S. Paulo
- Bowling, A. (1994). La Medida de la Salud – Revision de las Escalas de Medida de la Calidad de Vida. Masson, Barcelona.
- Bowling, A. (1995). Measuring disease. A review of Disease – specific quality of life Measurement Scales. Buckingham: Open University Press.
- Bowling, A. (1995). The concept of quality of life in relation to health. *Journal of History of Medicine*. Buckingham: Open University Press, nº7.
- Bradford (1997). *Children, families and chronic disease*. Routledge London and New York.
- Bronfenbrenner, U. (1977). *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados* (M. A. V. Veronese, Trad) Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bruchon-Schweitzer, M. (2002). *Psychologie de la santé – Modeles, concepts et méthodes*. Dunod.
- Campbel, N. A.; Reece, J. B.; Mitchell, L. G. (1999). *Biology (5<sup>th</sup> Ed.)*. Menlo Park, CA: Addison – Wesley.
- Canavarro, M.C.S. (1999). *Relações Afectivas e Saúde Mental*. Coimbra: Quarteto.
- Canavarro, M. C.; Vaz Serra, A.; Pereira, M.; Simões, M. R.; Quintais, L.; Quartilho, M. J.; Rijo, D.; Carona, C.; Gameiro, S.; & Paredes, T. (2006). *Desenvolvimento do*





Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27, (1). pp. 15-23

Caplan, G. (1974). *Support Systems and Community Mental Health*. Basics Book, NY.

Cassel, J. (1974). Psychosocial process and stress: theoretical formulations. *International Journal of Health Services*, 4, 471-482.

Cordeiro, J.D. (1987). *A Saúde Mental e a Vida* (2ª ed.). Lisboa: Salamandra.

Cordeiro, M. P. A. A. (1999). *Avaliação da saúde em Gerontologia*. In Formasau (Ed.) *O Idoso – Problemas e Realidades*. Coimbra: Formasau, 51-61.

Costa, E.; Leal, I. (2006). Estratégias de coping em estudantes do ensino superior. *Análise Psicológica*, 2 (XXIV), 189-199.

Costa, P.; McCrae, R. (1980). Still stable after all these years: Personality as a key to some issues in adulthood and old age. In P. Baltes e O. Brim (Eds.), *Life-span development and behavior* (65-102). New York: Academic Press.

Costa, P.; McCrae, R. (1992). *Revises NEO personality inventory and NEO Five-Factor Inventory. Professional Manual*. Florida: Psychological Assessment Resources.

Cruz, E.B.L. (2001). Estudos da relação entre a qualidade de vida relacionada com saúde e o bem-estar psicológico: a satisfação com a vida e o apoio social. Coimbra: [s.n.], 2001. Dissertação de Mestrado em Sócio-Psicologia da Saúde apresentada ao Instituto Superior Miguel Torga.

Cutrona, C.; Russel, D.; Rose, J. (1986). Social support and adaptation to stress by the elderly, *Journal of Psychology and Aging*, 1, 1, 47-54

Diário da República nº 166 da II Série, constante no Decreto-Lei nº 412/93, alínea c) nº 1 do Art.º 5º de 21 de Dezembro.

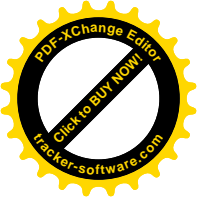
Diener, E; Larsen, R.J. (1993). The Experience of Emotional Well-being. M. Lewis e J.M. Haviland (Eds.), *Handbook of Emotions*, 405-416. New York: The Guilford Press.

Direcção Geral de Saúde (1995). *Estudo da Qualidade de Vida dos Idosos. Aplicação de um Instrumento de Avaliação: Relatório*. Lisboa.

Dowdy, Z. (1997). Social rehabilitation of the liver transplantation patients. In P. Killenberg & P. Clavien. (eds.), *Medical care of the liver transplant patient* (pp. 300-303). Massachusetts: Blackwell Science.

Dull, V.T.; Skokan, L.A. (1995). A cognitive model of religion's influence on health. *J Soc Issues* 51(2):49-64.

Erikson, E. (1982). *The life cycle completed: A review*. New York: Norton & Company.



Erikson, E.; Erikson, J.; Kivnick, H. (1986). *Vital involvement in old age*. New York: W.W. Norton.

Ermida, J. G. (1999). *Assistência ao Idoso em Portugal*. *Geriatrics: A Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica*, XII, 118, 5-14.

Ermida, J. G. (1999a). *Processo de envelhecimento* In Formasau (Ed.) *O Idoso – Problemas e Realidades*. Coimbra: Formasau, 41-50.

Evans, R.W. & cols. (1985). The Quality of Life of Patients with End-stage Renal Disease. *The New England Journal of Medicine* 9:553-559.

Faria, J.; & Seidl, E. (2005). Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: Revisão da literatura. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 3 (18), 381-389.

Farquhar M. (1995). Elderly People's Definitions of Quality of Life. *Social Science and Medicine*, 1995; 41: 1439-1446.

Fernandes, A.A. (1997). *Velhice e sociedade: demografia, família e políticas sociais em Portugal*. Oeiras: Celta Editora. ISBN 972-8027-83-4. 211 p.

Fernandes, P. (2002). *A depressão no idoso – Estudo da relação entre factores pessoais e situacionais e manifestações da depressão* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.

Fernandes, A.; Ribeiro, J.P. (2002) Controlo metabólico de diabetes e sua associação com a qualidade de vida. In: 4º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. A Saúde numa perspectiva de ciclo de vida. Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Actas. Lisboa.

Ferreira, P.L. (1993). Sensitivity of the MOS SF-36 in Portuguese Pregnant Women Abstracts of the Contributed Papers, Quality of Life Research, Vol. 4, 425.

Ferreira, P.L. (1997). A Medição de resultados de Saúde: A Natureza do Problema. As reformas dos sistemas de saúde. APES, Lisboa.

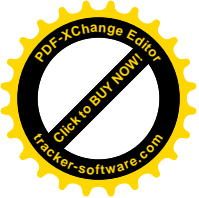
Fleck, M.P.A. (1999). O instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva* 2000;5(1):33-8.

Folkman, S.; Lazarus, R.S. (1980). An analysis of coping in a middle aged community sample. *Journal of health and social behaviour*, Vol. 21, 219-239.

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). *Manual for the Ways of Coping Questionnaire* (research edition). California: Consulting Psychologists Press.

Fonseca, A. (2004). *O envelhecimento – Uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Editora.

Fonseca, A. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.



Forjaz, M.J.B.P. (1999). Comparative Models of the Impact of Social Support on Psychological Distress in Cancer Patients. Dissertação de Doutoramento não publicada apresentada a University of North Texas, USA.

Garmezy, N. (1991) Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American Behavioral Scientist*, 34, 416-430.

Gomes, V; Ribeiro, J.P. (2002). Qualidade de vida – Comparação entre doentes hemodialisados trabalhadores e não trabalhadores. In: 4º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. A Saúde numa perspectiva de ciclo de vida. Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Actas. Lisboa

Gonçalves, O. (2004). Terapias cognitivas: Teorias e Práticas (4ª ed.). Porto: Edições Afrontamento.

Gottlieb, B.H. (1983). Social Support strategies: guidelines for mental health practice. Beverly Hills. Sage Publications.

Gottlieb, B.H. (1988). Creating support groups: formats, processes and effects. Beverly Hills. CA: Sage.

Grácio, E.I.T. (1999). Apoio Social e Financeiro na Terceira Idade. In Formasau (Ed.). O Idoso – Problemas Realidades. Coimbra: Formasau, 135-147.

Guédon, M.-C. 1984. «Les réseaux sociaux» in *L'intervention de réseaux : une pratique nouvelle*, sous la dir. de C. Brodeur et R. Rousseau, p. 16-33, Éditions France-Amérique.

Guillemard, A-M. (2000). Vieillesse et Société: le rendez-vous manqué. Paris: Ed.Érès.

Havighurst, R. (1953). *Human development and education*. New York: Longmans, Green.

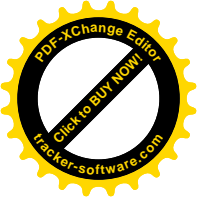
House, J. (1981). Work, stress and social support. Reading MA: Addison-Wesley.

Husebye, D.G. e cols (1987). Psychological, Social and Somatic Prognostic Indicators in Old Patients Undergoing Long-term Dialysis. *Archives of Internal Medicine* 147: 1921-1924.

Imaginário, C. (2004). O idoso dependente em contexto familiar. Porto: Tese de Mestrado. ICBAS. Universidade do Porto.

INE. Instituto Nacional de Estatística de Portugal. (2000). As Gerações mais Idosas. Lisboa: DECP/Serviço de Estudos sobre a População.

INE. Instituto Nacional de Estatística de Portugal. (2002). Estatísticas de Saúde 2000. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.



Jacobs, C. (1995). Insuficiência renal crônica terminal: tratamento por les métodos de diálise – Aquisições e controvérsias após 35 anos de experiência. La Presse Médicale 21 : 972-974.

Jacob, W., Filho e Souza, R. R. (1994). *Anatomia e fisiologia do envelhecimento*. Em: Carvalho, E. T., Filho e Papaleo, M., Neto. Geriatria : fundamentos, clínica e terapêutica. São Paulo: Editora Atheneu.

Lechner, V; Neal, M. The mix of public and private programs in the United States: implications for employed caregivers. In: *Work and caring for the elderly: international perspectives*. Philadelphia: Taylor e Francis, 1999.

Kim, M.; Nesselroade, J.; Featherman, D. (1999). The state component in self-reported world views and religious beliefs of older adults: the MacArthur successful aging studies. *Psychology and Aging*, 11, 396-407.

Lakey, B., Drew, J., (1997). A social cognitive perspective on social support. In G. Pierce, B. Lakey, I. Saranson & B. Saranson (Eds.), *Sourcebook of social support and personality* (pp.107- 140). New York: Plenum Press.

Lains, J. (2000). *Reabilitação do idoso*. II Curso de Aconselhamento em Gerontologia. Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga

Lazarus, R.S. (1992). Emotion and adaptation. New York: Oxford. University Press.

Lazarus, R.S. (1999). Toward better research on stress and coping. *American Psychologist*, 55, 665-673.

Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. New York: Springer Publishing Company, Inc.

Lechner, V; Neal, M. (1999). The mix of public and private programs in the United States: implications for employed caregivers. In: *Work and caring for the elderly: international perspectives*. Philadelphia: Taylor e Francis.

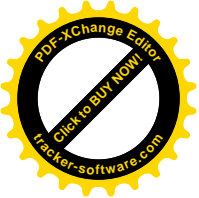
Leitão, O. R. (2000). *Envelhecer. O que é?* Geriatria: A revista Portuguesa de Medicina Geriátrica, XIII, 122, 5-9.

Leite, P.F. (1990). *Aptidão física esporte e saúde: prevenção e reabilitação*. 2ª ed., São Paulo: Editora Robe.

Levet, M. (1998). *Viver depois dos 60 anos*. Lisboa: Instituto Piaget.

Levinson, D.; Darrow, C.; Klein, E.; Levinson, M.; McKee, B. ; (1978). *The seasons of a man's life*. New York: Alfred Knopf.

Levy, N.B. (1996). Psicologia e Reabilitação. In: Manual de Diálise. 2ª ed. (Daugirdas JT, Ing TS eds.) MEDSI, Rio de Janeiro.



Lidz, T. (1983). *A pessoa: Seu desenvolvimento durante o ciclo vital*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Lin, N. (1986). Conceptualizing social support; in Lin.; Ensel, W. Social Support, Life events and depression. London. Academic Press.

Llorca, M-C. ; Poussin, M. ; Cazals-Ferré, M-P. (2004). Integração e apoio sociais. In P. Tap & M.L. Vasconcelos (Coords.), *Precariedade e vulnerabilidade psicológica: comparações franco-portuguesas* (pp. 81-101). Coimbra: Fundação Bissaya Barreto.

Mailloux-Poirier, D. M. (1995). *Pessoas idosas: uma abordagem global: processo de enfermagem por necessidades*. Lisboa: Lusodidacta, 1995. ISBN 972-95399-8-7.

Marchand, H. (2001). *Temas de desenvolvimento psicológico do adulto e do idoso*. Coimbra: Quarteto.

Marconi, M.A.; Lakatos, E.M. (1986). *Técnicas de pesquisa*. 3ª ed. São Paulo: Atlas. 231 p. ISBN 85-224-1419-X.

Marques, A.R. e colaboradores. (1991). *Implicações Psiquiátricas na Doença Grave*. In: *Reações Emocionais à Doença Grave: Como lidar...* 1ª Ed. Psiquiatria Clínica, Coimbra.

Matos, A.P. (1989). *Factores de stress, coping e personalidade em doentes com perturbações emocionais*. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Coimbra.

Matos, A.P.S. (1995). *Factores Psicológicos na Doença Coronária*, Tese de Doutoramento não publicada apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

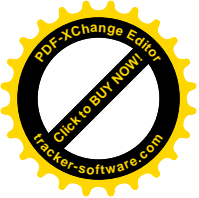
Matos, A.P.; Ferreira, A. (2000). *Desenvolvimento da escala de apoio social: alguns dados sobre a sua fiabilidade*. *Psiquiatria clínica*. 21:3 (2000) 243-253.

Mcintyre, T.M. (1994). *Psicologia da Saúde: Unidade na Diversidade*. In: *Psicologia da Saúde – Áreas de Intervenção e Perspectivas Futuras*. (Mcintyre TM ed.). Associação dos Psicólogos Portugueses.

Mcintyre, T.M. (1995). *O sofrimento do doente: leituras multidisciplinares*. Lisboa: Associação dos Psicólogos Portugueses.

Mendes, L.; Ribeiro, J. (2000). *Saúde física de doentes renais em hemodiálise em função da situação profissional*. In: *Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa: ISPA.

Meneses, R., & Ribeiro, J. (2000). *Como ser saudável com uma doença crónica*. *Análise Psicológica*, 4(XVIII), 523-528;



Mestre, S.; Ribeiro, J.P. (2002). Relação entre qualidade de vida e suporte social em doentes com acidente vascular cerebral. In: 4º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. A Saúde numa perspectiva de ciclo de vida. Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Actas. Lisboa

Meyerowiz, B.E. (1983). Postmastectomy coping strategies and the quality of life. *Health Psychology*, 2, 117-132.

Miller, R. (1994). *Fisiologia do Envelhecimento*. *Investigação Médica Desportiva*, 3, 3, 7 – 13.

Moos, R. H., & Schaefer, J. A. (1984). The crisis of physical illness: An overview and conceptual approach. In R. H. Moos (Ed.), *Stress and coping with physical illness* (vol. 2, pp. 3-25). New York: Plenum.

Moos, R. H., & Tsu, V. D. (1977). The crisis of physical illness: An overview. In R. Moos (Ed.), *Coping with physical illness* (pp. 3-21). New York: Plenum Press.

Morin, E.(1997). *O homem e a morte*. Rio de Janeiro: Imago

Morin, E. (2000). *Cultura de massas no século XX – neurose*. Rio de Janeiro: Forense Universitária 1

Moscovici, S. (1978). A representação social da doença psiquiátrica. Rio de Janeiro: Zaler.

Nazareth, J. M. (1994). O envelhecimento demográfico da população portuguesa no início dos anos noventa. *Geriatrics*, 64 (7), 5-17.

Nazareth, J. M. (1999). Envelhecimento demográfico e relação entre gerações. *Psicologia, Educação e Cultura*, 3 (2), 239-251.

Neto, F. (1992). Estereótipos etários: Abordagem intelectual. *Psychologica*, 8, 81-94

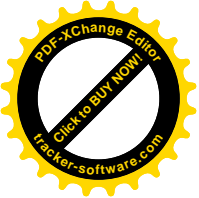
Neto, F. (1999). As pessoas idosas são pessoas: Aspectos psico-sociais do envelhecimento. *Psicologia, Educação e Cultura*, 3 (2), 297-322.

Noll, H. (2000). *Social indicators and social reporting: The international experience*. Retirado da World Wide Web a 20 de Dezembro de 2005: <http://www.ccsd.ca/noll1.html>

Noronha, I.L.; Araújo, M.R.T. (1998). Insuficiência Renal e Diálise, In Flávio L. Hering, Miguel Srougi, (Eds.), *Urologia, Diagnóstico e Tratamento*, São Paulo, Editora Roca, Lda.

Novo, R. F. (2003). *Para além da audaimonia . O bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada*. Lisboa: Fundação C. Gulbenkian.

Oliveira, R.A. (2001). *Psicologia Clínica e Reabilitação Física*. ISPA, Colecção Teses 18.



Oliveira, J. H. B. (2005). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. 2ª edição, Porto. Livpsic – Psicologia

Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Climepsi Editores, Lisboa.

OMS, World Health Organization. (1978). Alma-Ata 1978: Primary Health Care. Report International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR. Geneve.

OMS, World Health Organization. (1993). Study Protocol for the World Health Organization Project to Develop a Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research* 2: 153-159.

Ornelas, J. (1994). Suporte Social: origens, conceitos e áreas de investigação. *Análise Psicológica*, 2-3 (XII): 333-339.

Osório, M. (1982). O insuficiente renal crónico, a hemodiálise e os seus problemas. *Associação dos doentes renais do Norte de Portugal*.

Pargament, K.I.; Park, C.L. (1995). Merely a defense? The variety of religious means and ends. *J Soc Issues* 51(2):13-32.

Patterson, J. (1988). Families experiencing stress. The family adjustment and adaptation response model. *Family systems Medicine*; 5 (2): 202-237.

Paúl, C. (1993). A depressão em idosos: estudo exploratório. *Análise Psicológica*, 11 (4), 35-42.

Paúl, C. (1996). *Psicologia dos idosos – O envelhecimento em meios urbanos*. Braga: S.H.O. (Sistemas Humanos e Organizacionais).

Paúl, C. (1997). *Lá para o fim da vida. Idosos, Família e Meio Ambiente*. Coimbra, Almedina.

Paúl, C.; Fonseca, A. (1999). A saúde e qualidade de vida dos idosos. *Psicologia, Educação e cultura*, 3 (2), 345-362.

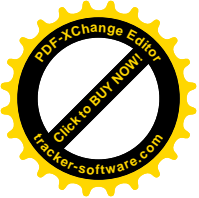
Paúl, C.; Fonseca, A. (2001). *Psicossociologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

Paúl, C.; Fonseca, A.M. (2005). *Envelhecer em Portugal. Manuais Universitários* 42, Climepsi Editores.

Pereira, A.; Freitas, C.; Mendonça, C.; Marçal, F.; Souza, J.; Noronha, J.; Lessa, L.; Melo, L.; Gonçalves, R.; Sholl-Franco, A., (2004). *Envelhecimento, estresse e sociedade: uma visão psiconeuroendócrinológica*. Ciências & Cognição, vol. 01: 34-35. In. [www.cienciaecognicao.org](http://www.cienciaecognicao.org)

Pimentel, L. (1998). Seminário Internacional. Atribuições a Autarquias e Intervenções das Autarquias na Área do Social. In: Conferências, Fundação Bissaya Barreto. Coimbra, p. 100-107.





Pimentel, L. (2000). O lugar do idoso na família: contextos e trajetórias. Coimbra. Quarteto.

Pimentel, L. (2002). A Protecção às Pessoas Idosas: da Proclamação à Efectivação dos Direitos. Coimbra.

Pless, I. B., & Pinkerton, P. (1975). *Chronic childhood disorder: Promoting patterns of adjustment*. Chicago, IL: Year Book Medical Publishers.

Pless, I.B. & Stein, R. K. (1996). Intervention research: lessons from research on children with chronic diseases. In R.J. Haggerty, L.R. Sherrod, N. Garmezy & M. Rutter (Eds.), *Stress, risk and resilience in children and adolescents: process, mechanisms and intervention*. Cambridge: Cambridge University Press.

Pronost, A.M.; & Tap, P. (1996). La prevention du burnout et ses incidences sur les strategies de coping (nº special sur la Psychologie de la santé), *Psychologie Française*, 41 (2). 165-172.

Quintela, Maria João (2001). *Revista de Enfermagem Geriatria*. Lisboa nº136. P. 37 – 43

Ramalho, A. E; Dias, M.A.A.A. (2000). *Cuidados a ter com o idoso na consulta de medicina familiar*. *Geriatria: A Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica*, XIII, 122, 20-26.

Ribeiro, J.L.P. (1994). A importância da Qualidade de Vida para a Psicologia da Saúde. *Análise Psicológica* 2-3 (XII): 179-189.

Ribeiro, J.L.P. (1996). Saúde e Desenvolvimento. *Análise Psicológica* 2-3 (XIV) 177-187.

Ribeiro, J.L.P. (1998). *Psicologia e Saúde*. 1ª ed. ISPA, Lisboa.

Ribeiro, J.L.P. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Climepsi.

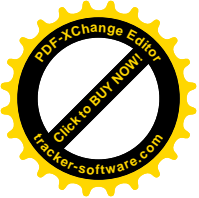
Ribeiro, J.P.; Guterres, M.C. (2002). A qualidade de vida das pessoas com perturbações mentais crónicas apoiadas por serviços comunitários. In: 4º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. *A Saúde numa perspectiva de ciclo de vida*. Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Actas. Lisboa

Ribeiro, J.P.; Ramos, D. (2002) Relação entre coping e qualidade de vida em doentes com cancro colo-rectal. In: 4º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. *A Saúde numa perspectiva de ciclo de vida*. Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Actas. Lisboa

Ribeiro, J.L.P.; Santos, C. (2001). Estudo conservador de adaptação do Ways of Coping Questionnaire a uma amostra e contexto portugueses. *Análise Psicológica*, 4 (XIX), 491-502.

Richard, J. e Mateev-Dirkx, E. (2004). *Psychogérontologie* (2ª ed.). Paris : Masson.





Rodrigues, E. M. P. (1996) – *Socialização e Família*

Rodrigues, F. (1999). *Assistência Social e Políticas Sociais em Portugal*. Lisboa: Instituto Superior Social, CPIHTS.

Rodrigues, C.F.; Leal, I. (2002). Percepções de saúde das pessoas idosas: Factores determinantes. In: 4º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. A Saúde numa perspectiva de ciclo de vida. Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Actas. Lisboa

Salgueiro, G. (s.d.). *As Mulheres e o Envelhecimento*, Colecção Informar as Mulheres nº8, 2ª Edição

Salthouse, T. (1988). Initiating the formalization of theories of cognitive aging. *Psychology and Aging*, 3, 3-16.

Salthouse, T. (1990). Cognitive competence and expertise in aging. In J. Birren e K. Schaie (Eds). *Handbook of the Psychology of Aging* (3ª ed.) (pp.310-319). San Diego: Academic Press.

Sarafino, E.P. (1990). *Health psychology: Biopsychosocial interactions*. New York: John Wiley e Sons.

Sarason, I.G.; Levine, H. M.; Basham, R. B.; Sarason, B.R. (1983). Assessing Social Support: The social support questionnaire. *Journal of Personality and Psychology*, 44 (1), 217-239.

Schroots, J. (1996). Theoretical developments in the psychology of aging. *Gerontologist*, 36, 742-748.

Schultz, R. (1976). The Effects of control and predictability on the psychological and physical well-being of the institutionalized aged. *Journal of Personality and Social Psychology*, 33, 563-573.

Seidl, E. M. F.; Tróccoli, B. T. & Zannon, C. M. L. C. (2001). Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 17, 225-234.

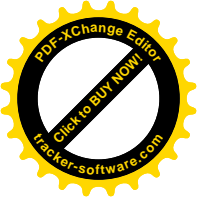
Serra, A.V. (2002). A vulnerabilidade ao stress. *Psiquiatria Clínica*, 21 (4), 261-278.

Shontz, F. (1975). *The psychological aspects of physical illness and disability*. New York: Macmillan Co.

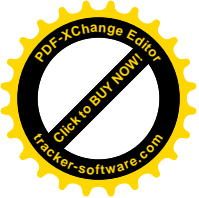
Siegel, K.; Anderman, S.J.; Schrimshaw, E.W. (2001). Religion and coping with health-related stress. *Psychology and Health* 16(6):631-653, 2001.

Simões, A. (1982). Aspectos de gerontologia. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 16, 39-92

Simões, A. (1985). Estereótipos relacionados com idosos. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 19, 207-234



- Simón, M.A. (1999). Manual de Psicología de la Salud – Fundamentos, Metodología y Aplicaciones. Biblioteca Nueva. Psicología Universidad.
- Sluzki, C. (1995). La red Social: frontera de la practica sistematica. Barcelona, Gedisa Editorial.
- Sluzki, C. (1996). La Red Social: Frontera de la Practica Sistémica, Barcelona, Gèdisa.
- Sordes-Ader, F ; Fsian, H ; Esparbès, S. & Tap, P. (1996). Stratégies de coping et désirable sociale. *Aprendizagem e Desenvolvimento*, 4 (15/16), 165-173.
- Straub, R. H., Cutolo, M., Zietz, B. e Schölmerich, J. (2001). The process of aging changes the interplay of the immune, endocrine and nervous systems. *Mech. Ageing Develop.* , 122, 1591-1611.
- Tap, P., Sobal Costa, E. & Alves M.N. (2005) Escala toulousiana de coping (ETC) : estudo de adaptação à população portuguesa. *Psicologia, saude & doenças*, 6 (1), 47 - 56
- Thoits, P.A. (1986). Social Support as coping assistance. *Journal of Counselling and Clinical Psychology*, 54, nº 4.
- Thomae, H. (1970). Theory of aging and cognitive theory of personality. *Human Development*, 3, 1-16.
- Thompson, S.C; Bundek, N.I; Sobolew-Shubin, A. (1994). The caregivers of stroke patients: na investigação of factors associated with depression. *Jour. Applied Social Psychology*, 1990, 20, 2, 115-129.
- Trindade, I. (2000). Abordagem psicológica da doença crónica em Centros de Saúde. In: *Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa: ISPA.
- Vasquez, I.A. & cols, (1998). Enfermedad Renal. In: *Manual de Psicología de la Salud*. Pirámide, Madrid.
- Vaux, A. (1988). *Social Support: Theory, Research and Intervention*. New York: Praeger.
- Vaz Serra, A. (1988). Atribuição e auto-conceito. *Psychologica*, 1, 127-141.
- Vaz Serra, A., *et al.* (1989). Estados de tensão emocional, solidão e sentimentos depressivos. *Psiquiatria clínica*, 10 (3), 149-155.
- Vaz Serra, A. & cols. (1992). Adaptability to Dialysis. *Acta Psiquiátrica Portuguesa* 1: 105-126.
- Vaz Serra, A. (1995). *Inventário de avaliação clínica da depressão*. Coimbra: Edição Psiquiatria Clínica.



Vaz Serra, A. (1999). O stress na vida de todos os dias. (Vaz Serra A ed.). Gráfica de Coimbra, Coimbra.

Wallander, J.; Varni, J.; Babani, L.; Dehaan, C; Wilcox, K; Banis, H. (1989). The social environment and the adaptation of mothers of physically handicapped children. *Journal of Pediatric Psychology*; 14 (3): 371-387.

Ware, J. (1992). Measures for a new era of Health Assessment. In A. Stewart e J. Ware (Eds.). *Measuring Functioning and Well-being-the Medical Outcomes Study Approach*. London: Duke University Press, 3-11.

Ware, J.E. & Sherbourne, C.D. (1992). The Mos 36-item Short-Form Health Survey (SF-36). I: Conceptual framework and item selection. *Medical Care* 6: 473-483.

WHOQOL – OMS, Organização Mundial de Saúde. (1998). Divisão de saúde mental – versão em Português dos Instrumentos de Avaliação de Qualidade de vida. Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul.

WHOQOL, Group. (1993). Study Protocol for the World Health Organization Project to Develop a Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research* 2: 153-159.

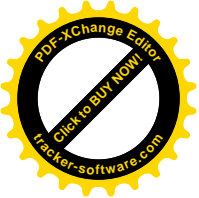
WHOQOL, Group. (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and Current Status. *International Journal of Mental Health*, 23 (3), 24-56.

World Health Organization (2002). *Active aging: a policy framework*. Geneva: Author.

Zimmerman, G. I. (2000). *Velhice – Aspectos bio-psico-sociais*. Porto Alegre: Artmed Ed.



## **Anexo 1 – Questionário**



## I ÍNDICE GERAL

	Págs.
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>CAPÍTULO I</b>	
<b>AS ACÇÕES DE ESTABELECIMENTO DA FILIAÇÃO</b>	
1. – A verdade biológica como paradigma do direito da filiação .....	17
2. – As acções de estabelecimento da filiação	
2.1 - A averiguação oficiosa da maternidade/paternidade .....	22
2.1.1 – Caracterização geral da acção .....	22
2.1.2 – Situações de inadmissibilidade legal da acção de averiguação oficiosa da maternidade/paternidade .....	29
2.1.3 – A averiguação oficiosa relativamente a filho nascido na constância do matrimónio .....	31
2.1.4 – Repercussão da averiguação oficiosa nos processos de promoção e protecção e de adopção .....	33
2.1.5 – Notas críticas acerca do regime legal vigente .....	34
2.2 – A acção de investigação da filiação .....	35
2.2.1 – Caracterização geral da acção .....	35
2.2.2 – O objecto da acção .....	45
2.2.3 – Situações em que a lei nega a possibilidade de investigação da maternidade/paternidade .....	47
2.2.4 – Ainda o Assento n.º 4/83 .....	49
2.2.5 – Notas críticas acerca do regime legal vigente .....	53
2.3 – A acção de impugnação da filiação .....	54
2.3.1 – Caracterização geral da acção .....	54
2.3.2 – A impugnação da maternidade .....	56
2.3.3 – A impugnação da paternidade .....	58
2.3.3.1 – A impugnação da paternidade presumida .....	58



2.3.3.2 – A impugnação da paternidade estabelecida por perfilhação .....	60
2.3.4 – Notas críticas acerca do regime legal vigente .....	62

## **CAPÍTULO II**

### **A PROVA CIENTÍFICA**

1. – Da prova em geral .....	64
1.1 – Os diversos sentidos do termo .....	64
1.2 – A prova ao serviço da verdade processual .....	66
1.3 – O princípio da livre apreciação da prova e o dever de fundamentação .....	70
1.4 – A licitude da prova .....	74
2. – A prova pericial .....	79
2.1 – A prova pericial em geral .....	79
2.2 – A prova científica nas acções de estabelecimento da filiação .....	82
2.2 – Uma ligeira incursão no ADN .....	85

## **CAPÍTULO III**

### **A RECUSA À PERÍCIA CIENTÍFICA**

1. – Enunciado do problema .....	91
2. – Breve resenha do tratamento do problema em alguns sistemas jurídicos .....	92
3. – A discussão do problema ao nível nacional .....	99
3.1 – Solução adoptada .....	105
3.2 – O enquadramento normativo .....	105
3.2.1 – Os valores conflituantes .....	107
3.2.2 – O direito à integridade pessoal .....	107
3.2.3 – O direito à liberdade física .....	109
3.2.4 – Os direitos à identidade pessoal/ao livre desenvolvimento da personalidade/a constituir família .....	110
3.2.5 – O dever de colaboração para a descoberta da verdade .....	117

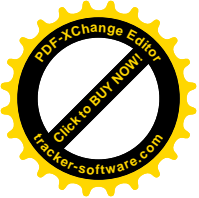


3.2.6 – O direito à tutela jurisdicional efectiva .....	121
3.2.7 – O direito supra nacional .....	122
4.3 – A recusa da solução que admite genericamente o exame compulsivo com fundamento na colisão de direitos e nos “limites iminentes” .....	123
3.3 – A possibilidade de realização coerciva do exame .....	127

## CAPÍTULO IV

### OS PROBLEMAS SUSCITADOS PELOS EXAMES À MARGEM DE UM PROCESSO JUDICIAL

1 . – Enunciado dos problemas .....	130
2. – Das exigências a que se devem ter como submetidos os “exames particulares” .....	133
2.1 – Enquadramento geral .....	133
2.2 – Da possibilidade de realização de exames relativos à filiação à margem de um processo judicial .....	136
2.3 - A concretização das exigências relativas aos exames particulares .....	140
2.3.1 – A realização dos exames que exijam a colheita de material biológico a menor .....	141
2.3.2 – A realização dos exames que exijam a colheita de material biológico a nascituro .....	142
2.3.3 – A realização dos exames que exijam a colheita de material biológico <i>post mortem</i> .....	143
2.4 – O valor dos exames particulares .....	146
CONCLUSÕES .....	149



## PRINCIPAIS ABREVIATURAS UTILIZADAS

BDFDUC – Boletim da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra

BMJ – Boletim do Ministério da Justiça

CC – Código Civil.

CJ – Colectânea de Jurisprudência

CP – Código Penal

CPC – Código de Processo Civil

CPP – Código de Processo Penal

CRC – Código do Registo Civil

CRP – Constituição da República Portuguesa

DR – Diário da República

IML – Instituto de Medicina Legal

LPCJP – Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo

M.º P.º – Ministério Público

OTM – Organização Tutelar de Menores

RLJ – Revista de Legislação e Jurisprudência

RMP – Revista do Ministério Público

ROA – Revista da Ordem dos Advogados

STJ – Supremo Tribunal de Justiça

TC – Tribunal Constitucional

TRC – Tribunal da Relação de Coimbra

TRE – Tribunal da Relação de Évora

TRL – Tribunal da Relação de Lisboa

TRP – Tribunal da Relação do Porto